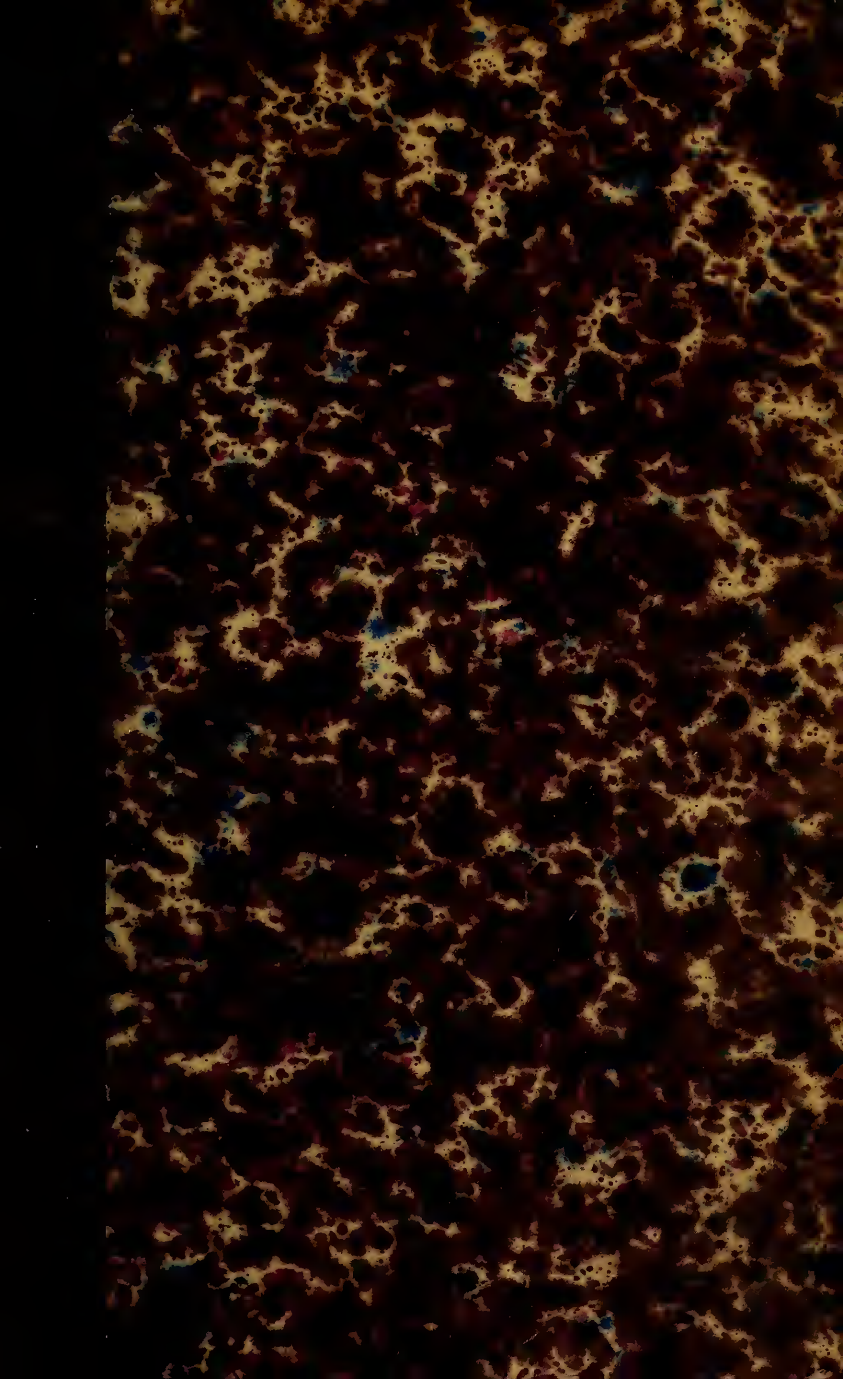


Souvenir de l'aut

E. Bottentuit

½ Russia Red mor

C.

DES

GASTRITES CHRONIQUES

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

DES
GASTRITES CHRONIQUES

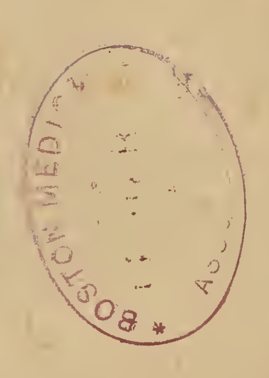
PAR

LE DR E. BOTTENTUIT

MÉDECIN CONSULTANT AUX EAUX DE PLOMBIÈRES,
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION
ET DE LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-EDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1869


BOSTON MEDI

INTRODUCTION

Le sort de la gastrite chronique a été longtemps lié à celui de la gastrite aiguë.

Après avoir eu sa part dans la vogue du système de Broussais, elle a partagé l'oubli dans lequel est tombée la gastrite aiguë. Après la réaction qui suivit les exagérations du chef de l'École physiologique, les études se portèrent sur les autres altérations que pouvait subir l'estomac. Les beaux travaux des Louis, Cruveilhier, Andral, Rokitansky sur l'ulcère simple de l'estomac, sur le ramollissement de la muqueuse gastrique, sur le cancer de l'estomac, firent perdre de vue l'inflammation chronique dont la muqueuse gastrique pouvait être le siége. La gastrite chronique méconnue est à peine citée dans les traités de pathologie. Cependant, les gastrites consécutives aux intoxications étaient toujours admises. Mais, au fur et à mesure que les lésions des parois de l'estomac furent mieux connues, on distingua les différences des lésions dont cette paroi

était affectée. Les désordres produits par l'alcool sur l'estomac, les lésions rémarquées dans l'intoxication urémique, rappellèrent l'attention sur la gastrite. Elle fut en Angleterre, l'objet de travaux importants de la part de Budd, de W. Fox, de Handfild Jones, etc. En France elle reparut dans les traités de pathologie. Les causes qui peuvent amener l'inflammation chronique de l'estomac furent mieux étudiées. On reconnut que certaines causes paraissaient produire certaines lésions, et que toutes les inflammations chroniques de l'estomac ne présentaient pas les mêmes caractères. En Angleterre, H. Jones étudia la gastrite secondaire que l'on rencontre dans certaines affections générales ou locales.

Nous avons voulu étudier l'état actuel de nos connaissances sur les gastrites chroniques.

Nous avons séparé des gastrites chroniques simples l'ulcère de l'estomac appelé encore gastrite chronique ulcéreuse.

Nous avons cherché à donner une division de la gastrite, basée sur son mode de production, et en rapport avec son importance. Voilà pourquoi nous avons été conduit à étudier *les gastrites chroniques*, et non *la gastrite chronique*. Nous avons cherché s'il n'y avait des différences anatomiques,

symptomatologiques, en rapport avec les différences dans les causes de la maladie. Nous avons rapporté les opinions qui règnent dans la science à cet égard. Nous avons trouvé de nombreuses lacunes, que nous n'avons pas la prétention d'avoir comblées ; nous avons seulement cherché à appeler l'attention sur ce sujet et à provoquer de nouvelles recherches.

DES

GASTRITES CHRONIQUES

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

L'inflammation de l'estomac paraît avoir été connue de toute antiquité.

Mais si l'on étudie ce que les auteurs ont entendu par inflammation de l'estomac, et ce qu'ils ont écrit sur cette maladie, on ne tarde pas à se convaincre de la différence qu'il y a entre l'idée que nous nous faisons aujourd'hui de la gastrite, et ce qui, dans leurs écrits, paraît se rapporter à cette maladie.

Hippocrate a parlé de la gastrite en traitant de l'inflammation des hypochondres. Après lui Galien a parlé de l'érysipèle de l'estomac. L'inflammation de l'estomac semble encore avoir attiré l'attention de quelques autres auteurs, et on trouve dans les travaux de Celse, Alexandre de Tralles, Cœlius Aurelianus, Aetius, Avicenne, etc.,

quelques indications semblant se rapporter à la gastrite. Mais ce n'est qu'à propos de lésions de l'estomac de nature bien différente, qu'ils parlent soit de l'inflammation de ce viscère, soit de quelques symptômes paraissant appartenir à la gastrite.

Ce fut Frédéric Hoffmann qui le premier réunit ces notions éparses en corps de doctrines (*de Febri stomachi inflammatoria*, et *Dissertatio de inflammatione ventriculi frequentissima*).

Morgagni parle incidemment de l'inflammation de l'estomac, mais à propos de perforation de cet organe à la suite de blessures. Il cite des observations de ses devanciers, parlant d'inflammation de l'estomac à la suite de traumatisme, et du développement consécutif de tumeur squirrheuse.

La gastrite prend rang dans les traités.

Van Swieten, dans ses Commentaires sur les aphorismes de Boerhaave, décrit parfaitement la gastrite aiguë (*de Ventriculi inflammatio*). Pour lui, la gastrite aiguë n'est qu'un premier degré d'affections beaucoup plus graves qui auront leur siége dans l'estomac. Il sépare cependant pour la première fois l'inflammation aiguë de l'inflammation chronique, qu'il ne considère cependant

qu'au point de vue de sa coïncidence avec la dégénérescence squirrheuse de cet organe.

On voit déjà poindre une opinion qui sera défendue avec un immense talent par M. Andral, et qui régnera pendant un temps assez long dans la science.

C'est cette opinion qui consiste à regarder la gastrite chronique comme une période de dégénérescence cancéreuse de l'estomac.

Pinel, en 1813, consacre quelques pages à la gastrite aiguë, parle de son importance au point de vue de la toxicologie et ne donne que quelques lignes à la gastrite chronique.

Pour lui, la gastrite devient chronique et peut amener une véritable dégénérescence squirrheuse du pylore, du cardia ou de toute autre partie de l'estomac. « Cependant il ne faut pas regarder cette maladie comme étant toujours la suite de l'inflammation, car on trouve souvent le squirrhe du pylore sans phlogose et sans ulcérations. »

Il parle aussi de l'atrophie que subit l'estomac à la suite d'un empoisonnement par l'acide nitrique.

J. Franck étudie avec soin la gastrite aiguë et donne une assez longue description de la gas-

trite chronique. Il s'occupe avec soin de son étiologie, des conditions de son développement et des coïncidences qui l'accompagnent. Son article mérite une attention particulière, il dénote une étude approfondie et consciencieuse du sujet.

Il distingue les gastrites chroniques en gastrites primitives et en gastrites consécutives. Il les sépare nettement des affections cancéreuses de l'estomac. Il étudie en outre les lésions de l'encéphale, du cœur et du foie qui coïncident avec la gastrite chronique.

Au moment où Broussais apparut dans le monde médical, il s'opérait une grande réforme dans les idées scientifiques, la théorie faisait place à l'observation.

Les connaissances anatomiques permettaient de mieux apprécier les lésions des divers tissus. Mais le travail se faisait lentement, car le passé se dressait encore debout avec ses opinions métaphysiques, sans rapports avec les faits, nées de la spéculation pure.

Broussais, s'appropriant les faits qui germaient dans la science, les fécondant à sa manière, produisit un système tout nouveau qu'il opposa aux médecins ontologistes.

Ses qualités personnelles, son audace, son ta-

lent de dialectitien et d'écrivain, lui assurent une victoire rapide. Enfin il s'appuyait sur des faits, sur l'anatomie pathologique.

Nous n'avons pas à raconter ici ce que fit Broussais pour la gastrite aiguë. Ce point d'histoire est généralement assez connu, et nous n'avons à traiter ici que ce qui se rapporte à la gastrite chronique.

Pour lui, la gastrite chronique est celle qui « ne s'accompagne pas d'une réaction générale énergique, qui détruit les ressorts de la vie avec des troubles si légers, qu'on les méconnaît infailliblement si l'on n'y porte pas la plus grande attention. »

« La gastrite chronique est celle qui ne s'annonce pas avec un appareil orageux. » Elle paraît quelquefois aussi courte que la gastrite aiguë, « parce que ces gastrites insidieuses, qui ont paru mortelles en peu de jours, avaient duré fort longtemps avant que les malades en eussent fait la déclaration au médecin. »

Ce que l'on considère comme préliminaire dans la phlogose violente, doit être regardé comme la maladie elle-même, dans ce cas-ci, lorsqu'il s'agit d'établir la durée.

La gastrite chronique prélude de la même ma-

nière que la gastrite aiguë : « Il y a longtemps qu'elle dure lorsque l'attention se trouve éveillée. Les symptômes sont semblables à ceux de la gastrite aiguë, mais dans un degré moins considérable. »

Les causes sont toutes les excitations qui portent leur action principale sur la muqueuse gastrique. Il y a les causes prédisposantes qui agissent ou bien sur tout l'organisme (chaleur, électricité, saisons), ou bien des causes prédisposantes qui agissent directement sur la muqueuse de l'estomac.

Guersant, dans son admirable article du Dictionnaire des sciences médicales, étudie la gastrite chronique d'une manière très-complète. Il ne se contente plus de cette étiologie banale que l'on rencontre dans tous les livres, et cherche à donner une division aux gastrites chroniques. Il prend pour division les causes.

D'abord les empoisonnements, puis les gastrites par métastases (et cette partie est remarquablement intéressante), les gastrites essentielles, avec leurs complications, enfin les gastrites latentes.

Tous les points de son article sont remarquablement traités. Il différencie bien l'inflamma-

tion de l'estomac des altérations cancéreuses. Les symptômes sont tracés de main de maître.

Cet article, le meilleur que nous ayons lu sur ce sujet, est digne de cet excellent observateur. Les opinions de Broussais avaient été un moment adoptées par la majorité des médecins en France, mais bientôt l'expérimentation et l'observation commencèrent à livrer de rudes assauts à ses doctrines exagérées.

En 1828, Abercrombie faisait paraître son Traité des maladies de l'estomac. Il démontrait la rareté de la gastrite aiguë, admettait l'existence de la gastrite chronique, décrivait son mode d'invasion, et surtout sa terminaison en gastrite ulcéreuse.

En 1825, M. Louis présentait à l'Académie de médecine un mémoire sur l'amincissement et le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac.

Les études se portaient sur les autres affections chroniques dont l'estomac est le siége.

Au lieu de l'affection unique que Broussais avait voulu y voir, on découvrait de nouveaux faits, qui contribuèrent rapidement à édifier l'histoire des différentes maladies de l'estomac.

Les travaux de Cruveilhier et de Rokitansky

séparèrent du cancer, avec lequel il était confondu jusqu'alors, l'ulcère simple de l'estomac.

Les travaux de MM. Louis, Cruveilhier, Andral jettent un jour tout nouveau sur l'étude du cancer de l'estomac.

L'étude du ramollissement de la muqueuse gastrique donna lieu aux intéressants travaux de MM. Cruveilhier, Louis, Carswell, Wilkinson King.

Sous l'influence de ces nouvelles idées, la gastrite aiguë est complétement abandonnée, niée même, et la gastrite chronique, dont le sort lui est malheureusement trop uni, éprouve les mêmes vicissitudes.

M. Andral, dans sa Clinique médicale, se sert encore du mot gastrite chronique, mais « comme d'une sorte d'étiquette générale sur laquelle se range toute affection organique de l'estomac. »

Il désigne sous le nom de *gastrite chronique*, « plusieurs altérations qui sont ordinairement décrites comme des maladies toutes spéciales, comme par exemple le cancer de l'estomac. Si sous le rapport de leurs caractères anatomiques ces altérations paraissent être différentes les unes des autres, elles se rapportent et se confondent véritablement, soit par les symptômes qui ré-

vèlent leur existence, soit par la nature des causes occasionnelles qui leur donnent naissance et qui pour toutes sont identiques, soit enfin pour le traitement, qui pour toutes aussi doit être le même. »

A leur point de départ, elles offrent toutes un élément commun très-important, savoir : l'irritation qui les précède et qui les accompagne dans leur développement. Mais, pour expliquer les différences des altérations de texture des différentes espèces de maladies qu'il confond sous le nom de gastrites, « force sera, dit-il, d'admettre des causes prédisposantes particulières pour chaque cas. »

L'irritation n'agit plus que comme une simple cause occasionnelle, impuissante par elle-même à produire ces altérations.

Roche et Sanson, dans leur ouvrage, confondent, comme des formes de la gastrite chronique, l'embarras gastrique, la dyspepsie, la gastrite subaiguë, le cancer, l'ulcère et la gastralgie.

On voit que l'on peut assigner jusqu'ici à l'histoire de la gastrite chronique, deux périodes.

Dans la première, qui se termine à Broussais,

l'inflammation de l'estomac, d'abord confondue par les anciens avec les autres affections de cet organe, se dégage peu à peu, et prend à la suite des travaux de Franck, de Guersant et de Broussais, une importance telle, qu'elle fait méconnaître les autres lésions de l'estomac. Mais cette exagération amène une réaction.

La pathologie de l'estomac fait de nouveaux progrès ; la gastrite chronique joue un rôle secondaire; presque effacée, elle est méconnue, niée même.

Les travaux de Cruveilhier, de Louis, d'Andral, sur le cancer et l'ulcère simple de l'estomac, sur le ramollissement de la muqueuse gastrique, attirent toute l'attention.

Cependant la gastrite chronique avait conservé sa place dans les traités de pathologie. Si, à cette époque, Roche et Sanson, Valleix, subissant l'influence de l'époque, la méconnaissent, et ne lui accordent qu'une simple mention, une époque n'est pas loin où l'on se tiendra aussi éloigné des exagérations de la première période que de la réaction qui caractérise la période suivante.

En effet, dans le Traité de Béhier et Hardy, la gastrite chronique, sépaéer de l'ulcère simple et

du ramollisement de l'estomac, y est consciencieusement étudiée. L'anatomie pathologique et surtout la symptomatologie sont traitées avec un soin particulier.

Trousseau, dans sa Clinique de l'Hôtel-Dieu, affirme l'existence de la gastrite chronique, et étudie ses rapports avec les vomissements pituiteux.

En même temps, l'étude des intoxications alcooliques, urémiques, fait faire de nouveaux progrès à cette question.

En Allemagne, la gastrite chronique devient aussi l'objet de travaux intéressants. Niemeyer, dans son Traité de pathologie interne, lui consacre un de ses chapitres, le plus long.

Bamberger l'étudie avec un soin particulier.

En Angleterre, elle est l'objet de travaux importants.

Les traités classiques de Habershon, Budd, Brinton et Hansfild Jones, sur les maladies de l'estomac, consacrent une part importante à l'étude de la gastrite chronique. Elle a été l'objet d'un article bien fait, très-complet de Wilson Fox, sur lequel nous aurons à revenir.

Nous ne pouvons, dans cet historique, citer tous les auteurs qui se sont occupés de la gastrite

chronique. Surtout dans ces dernières années, elle est devenue l'objet de remarques intéressantes de mémoires.

Nous renvoyons à la bibliographie pour les noms que nous n'avons pu citer ici.

Ainsi, une première période, finissant avec Broussais, dans laquelle la gastrite chronique règne aux dépens des autres altérations de l'estomac, et où elle joue un rôle qui ne lui appartient pas. — Une deuxième période, pendant laquelle les travaux faits sur les autres maladies de l'estomac la font perdre de vue, et la jettent dans un oubli immérité.

Enfin, une troisième période, dans laquelle on se tient aussi éloigné des exagérations de l'école physiologique de Broussais, que de la réaction qui marque la deuxième période, et où l'on commence l'étude des différentes variétés de gastrites produites par des causes diverses.

CHAPITRE II.

ÉTIOLOGIE.

C'est dans l'estomac que se passent les actes les plus importants de la digestion. Les aliments de toutes sortes n'ont fait que passer par les parties supérieures du tube digestif, et c'est dans l'estomac qu'ils vont séjourner pour y subir les transformations nécessaires pour les rendre assimilables.

La répétition de cet acte fait passer l'estomac par des alternatives de repos et d'activité pendant lesquelles il éprouve des changements dans son volume, dans sa forme et dans ses rapports avec les organes voisins. En même temps, la présence des aliments dans l'estomac détermine la sécrétion de certains sucs destinés à agir sur ces aliments pour les transformer.

L'estomac est donc à la fois une cavité de réception dans laquelle s'accumulent les aliments, et un appareil de sécrétion pour la formation des sucs nécessaires à la digestion.

La richesse vasculaire de la muqueuse de l'estomac est en rapport avec l'importance des fonctions qui lui sont dévolues. On conçoit aussi, par les

rapports de l'estomac avec les organes voisins et par les phénomènes dont ce viscère est le théâtre, à combien de causes perturbatrices il est exposé. Nous n'avons pas ici à montrer l'estomac intéressé secondairement dans presque toutes les affections aiguës : la fréquence de l'embarras gastrique et de la dyspepsie est suffisamment connue ; nous n'avons qu'à rechercher les causes de la gastrite chronique.

Nous venons d'exposer en quelques mots combien la situation et les fonctions de l'estomac exposaient celui-ci à subir des altérations morbides : elles sont nombreuses. Il s'agit de rechercher, pour nous, les cas dans lesquels les autres affections ont pu amener une gastrite chronique et ensuite les autres causes de la phlogose chronique de la muqueuse de l'estomac.

Il y a des causes qui agissent directement sur la muqueuse de l'estomac, et d'autres qui n'agissent que secondairement ou consécutivement. La gastrite chronique est de beaucoup plus fréquente que la gastrite aiguë.

Les auteurs ne sont pas tous d'accord quand il s'agit de déterminer l'influence de l'âge et du sexe. Pour quelques-uns, on la rencontrerait également dans les deux sexes et à tous les âges de

la vie. Chez les jeunes enfants, le sevrage prématuré ainsi que l'usage d'une nourriture habituellement trop abondante ou trop excitante, peuvent déterminer des gastrites chroniques.

Pour d'autres, ce seraient surtout les hommes qui en seraient atteints, et sa plus grande fréquence se remarquerait à l'âge adulte et à l'âge mûr.

Cette dernière manière de voir nous paraît plus probable, car les habitudes alcooliques et certaines affections du cœur, du foie, qui, comme nous le verrons tout à l'heure, sont des causes fréquentes de gastrite chronique, sont le triste apanage de l'âge adulte et même d'un âge plus avancé. On a aussi signalé l'influence des climats, des saisons, de l'électricité, de la température ; on a même cité des cas de gastrite chronique par refroidissement; mais, en face de certaines assertions, il vaut mieux rester dans le doute et attendre, pour formuler une opinion, que de nouvelles recherches viennent confirmer des faits qui paraissent bien étranges au premier abord.

La gastrite chronique succède quelquefois à l'état aigu. Elle se forme par la continuation et l'amendement des phénomènes de la gastrite chronique ; souvent ce passage a lieu sans qu'on

puisse reconnaître la cause qui s'est opposée à la guérison complète, d'autres fois on peut saisir quelques circonstances qui ont pu concourir à la prolongation de la maladie ; c'est ainsi qu'on peut quelquefois accuser le traitement d'avoir été trop peu énergique, ou bien des écarts de régime pendant la convalescence ont déterminé une rechute, et la maladie, au lieu de se montrer de nouveau avec ses phénomènes d'acuité, revêt la forme chronique.

D'autres fois, c'est une gastrite subaiguë, à marche lente, avec des alternatives de bien et de mal, qui, petit à petit, se transforme en gastrite chronique, et le mal existe depuis longtemps, quand l'attention du malade se trouve enfin éveillée sur l'état dans lequel se trouve son estomac.

Les causes de la gastrite aiguë sont ici les causes qui ont produit la gastrite chronique, et il n'est pas toujours facile de les saisir.

On rencontre une prédisposition aux gastrites chroniques chez les individus qui, à la suite de maladies aiguës, commettent des ecarts de régime. Il y a là une gastrite chronique produite mécaniquement par l'alimentation, mais chez un sujet prédisposé par une maladie antérieure. Nous en dirons autant des individus affaiblis et mal

nourris, chez lesquels le moindre écart ou changement trop brusque dans la quantité des aliments produira plus facilement des désordres dans le travail de la digestion.

Une autre cause de gastrite agit directement sur la muqueuse de l'estomac : elle résulte de l'alimentation. Tantôt les malades auront pendant longtemps ingéré des quantités d'aliments de digestion d'ailleurs facile, mais en quantité trop considérable. Dans ce cas, la maladie viendra soit par suite de la surcharge de l'estomac, qui amènera des troubles dans les fonctions mécaniques de cet organe, ou bien parce que le suc gastrique sécrété ne sera plus en rapport avec la quantité d'aliments qui doit être digérée, et qu'une partie des aliments se décomposera dans l'estomac, sans être soumise à l'action du suc gastrique.

D'autres fois, le malade aura fait un usage, même modéré, d'aliments de digestion difficile; ce sont, dans ce cas-là, les produits de décomposition qui naissent de leur digestion incomplète, qui irritent la muqueuse de l'estomac. Certains aliments sont indigestes, parce que la forme qu'ils ont en arrivant dans l'estomac s'oppose à leur parfaite imbibition par le suc gastrique ; c'est

ce qui arrive aux individus qu mangent avec voracité, avalent sans avoir suffisamment mâché; c'est la même chose qui arrive également aux individus qui ayant perdu leurs dents, se livrent à une mastication incomplète.

Une autre cause des altérations de la muqueuse gastrique est l'usage d'aliments en voie de décomposition, tels que la bière dont la fermentation est inachevée, la viande avancée. On sait que des substances en voie de fermentation renfermées dans l'estomac peuvent encore, après la mort, détruire et dissoudre les parois de cet organe. Mais, pendant la vie, l'action de ces matières putrides sur la muqueuse gastrique se trouve empêchée par la circulation et le renouvellement actif et continuel qui se fait dans la substance de ces membranes. Cependant, il est probable que les cellules épithéliales, dont la nutrition se fait peu activement, se détruisent pendant la vie par l'effet du contenu en fermentation dans l'estomac et que précisément cette dénudation de la muqueuse privée de sa couche protectrice donne lieu aux transsudations les plus considérables.

Enfin, l'introduction dans l'estomac de substances qui affaiblissent les forces digestives du suc gastrique ou ralentissent les mouvements de

l'estomac, a encore pour but d'amener des décompositions anormales. On peut se demander quel est le mode d'action de ces aliments en excès.

Agissent-ils mécaniquement comme corps étrangers, ou bien subissent-ils une sorte de décomposition putride qui en fait des corps chimiquement irritants?

A la suite de ces causes qui agissent directement sur la muqueuse gastrique, se placent naturellement les liquides qui possèdent en eux-mêmes la propriété d'exciter et d'irriter la muqueuse, et déterminent ainsi l'inflammation de l'estomac.

En tête de ces substances, se trouve l'alcool. Son usage si répandu explique les nombreux cas de gastrite alcoolique qu'il est permis d'observer et qui ont donné lieu à d'intéressants travaux de la part de M. le professeur Leudet, de Rouen, et de M. le Dr Lancereaux.

L'action de l'alcool sur la muqueuse gastrique a été étudiée avec soin, et nous verrons, en étudiant l'anatomie pathologique et les symptômes de la gastrite chronique, les caractères particuliers à la gastrite chronique alcoolique. L'action de l'alcool sur la muqueuse gastrique a pu être

bien étudiée grâce aux expériences pratiquées par le Dr Beaumont sur son Canadien. L'alcool, qui produit dans l'organisation des effets si variés, produit encore dans l'estomac une autre variété d'altération. C'est la gastrite alcoolique ulcéreuse bien étudiée par M. le professeur Leudet.

Après l'alcool, sur lequel nous aurons à insister quand nous étudierons les différentes variétés de gastrites, car c'est une des mieux connues, nous trouvons les gastrites produites par l'action de substances toxiques, telles que l'acide sulfurique, l'acide nitrique, l'acide chlorhydrique.

Nous venons d'étudier les causes qui agissent directement sur la muqueuse de l'estomac et qui amenaient, par suite de leur action directe sur elle, la gastrite chronique.

Il nous reste maintenant à signaler les causes de gastrite qui résident en dehors de l'estomac.

En première ligne nous trouvons une maladie, l'urémie, qui produit sur l'estomac et sur l'intestin des altérations bien étudiées par M. Treitz, et qui nous permettra d'étudier la gastrite urémique.

Nous aurons à signaler la coïncidence de la gastrite chronique avec certaines maladies gé-

nérales dans lesquelles la gastrite n'est qu'un phénomène secondaire.

Nous voulons parler des gastrites chroniques que l'on remarque chez les tuberculeux, dans certaines affections du cœur, du foie et de la veine porte.

On la rencontre encore dans certaines maladies générales, la scrofule, la goutte et le rhumatisme. Enfin, elle accompagne presque toujours le cancer de l'estomac.

Ces causes ont été récemment l'objet d'études intéressantes faites en Angleterre, par Wilson Fox. Il a étudié avec soin les cas de gastrite chronique qui accompagnent certaines maladies générales, telles que la tuberculose, à laquelle il a donné, je crois, une trop grande importance. Il dit avoir trouvé sur 31 autopsies de tuberculeux, ayant eu des vomissements pendant leur vie, 16 fois l'estomac atteint de gastrite chronique.

Mais de nouvelles recherches lui ont montré que chez ces tuberculeux, il y avait coïncidence d'affections du foie, des reins et du cœur. Or, Budd a insisté, dans ses ouvrages sur les maladies d'estomac, sur les troubles de la circulation de la muqueuse gastrique dans les maladies du foie, du cœur et des poumons qui apportent un

obstacle au cours du sang dans la veine porte. Il leur accorde une grande part dans la formation de la gastrite chronique. Or, si l'on examine la statistique que nous reproduisons, d'après Wilson Fox, dans laquelle il examine 19 cas de gastrites chroniques secondaires accompagnant des affections plus graves auxquelles les malades ont succombé, on verra que la tuberculose seule, sans complication, n'y entre que pour 6 cas. Les conclusions du Dr Hansfild Jones confirment cette manière de voir.

W. Fox dit que l'on trouve dans les auteurs quelques cas de syphilis, ayant présenté tous les symptômes de la gastrite chronique, et guéris par le mercure. L'évidence de la nature syphilitique de ces gastrites est loin d'être démontrée, et cette manière de voir demande de nouvelles recherches pour être confirmée.

Table donnant l'examen de 19 cas de gastrite chronique secondaire se rattachant aux maladies suivantes :

Tubercules pulmonaires sans complications. . .	4
Tubercules pulmonaires; péritonite tuberculeuse..	1
Tubercules du poumon et de l'intestin; dilatation des bronches; maladie du cœur.	1
Tubercules du poumon et de l'intestin; foie gras.	1
Tubercules du poumon; maladie du cœur; dégénérescence granuleuse des reins.	1
Tubercules du poumon; maladie du cœur. . . .	1
Bronchite capillaire; maladie du cœur.	1
Maladie de Bright chronique; foie gras.	2
Maladie du cœur; gangrène pulmonaire.	1
Maladie du cœur; carie des os du bassin.	1
Mélanose du poumon; pleurésie.	1
Kyste de l'ovaire; péritonite.	1
Abcès de l'œsophage.	1
Hernie.	1
Alcoolique avec une affection chirurgicale non déterminée.	1
	19

CHAPITRE III.

FORMES ET DIVISIONS.

Les auteurs qui ont parlé de la gastrite chronique l'ont divisée de différentes manières, et ces divisions varient avec l'époque où écrivait l'auteur, et les opinions scientifiques qui régnaient alors.

Avant que les progrès de l'anatomie pathologique eussent bien fait connaître le cancer de l'estomac, l'ulcère simple de l'estomac, le ramollissement de la muqueuse gastrique, la plupart des auteurs décrivaient, sous le terme générique de gastrite chronique, une foule de maladies différentes; ils adoptaient des divisions anatomiques, dans lesquelles on voyait poindre déjà les différences qui existaient entre les maladies qu'ils décrivaient sous un seul nom.

Cependant ils adoptaient tous une classe de gastrite reconnaissant pour cause l'intoxication.

Au fur et à mesure que les travaux des Louis, des Cruveilhier, des Rokitansky et des Andral, faisaient mieux connaître les altérations jusqu'alors confondues avec la gastrite chronique, les divisions de la gastrite chronique ne sont plus les

mêmes. Les auteurs s'occupent plus de la cause de la maladie, et l'on voit naître l'idée de divisions étiologiques.

Au fur et à mesure que les travaux d'anatomie pathologique se sont multipliés, la gastrite chronique a été nettement séparée des ulcérations de l'estomac, du ramollissement de la muqueuse, ainsi que de la gastrite phlegmoneuse.

En même temps, ces différentes variétés ont été étudiées séparément, et l'on a pu voir des différences entre les dernières espèces de gastrite, tant au point de vue de l'anatomie pathologique, qu'au point de vue symptomatologique.

Ces différentes variétés, mieux étudiées aujourd'hui, sont la gastrite alcoolique, la gastrite urémique, les gastrites par l'action des caustiques, les gastrites qui accompagnent certaines maladies.

« Ces types suffisent pour prouver que la gastrite n'est pas une lésion toujours identique, et, comme cette lésion varie avec les causes qui la produisent, elle ne peut constituer une entité morbide, et réclamer un même mode de traitement. Or chacun de ces types, ayant une évolution propre, a aussi un mode spécial de guérison, et donne lieu à des indications thérapeu-

tiques particulières. » (Lancereaux, Atlas d'anatomie pathologique.)

C'est pourquoi il nous paraît opportun de classer, autant que possible, les différentes variétés de gastrites suivant les causes qui les ont produites, de rechercher ensuite quels sont les points communs de ces variétés entre elles, et de rechercher par quoi elles diffèrent.

C'est cette manière de voir qui nous guidera dans cette étude. Après avoir classé les gastrites d'après leur mode de formation, nous étudierons l'anatomie pathologique des gastrites chroniques.

Dans une première partie, nous décrirons les altérations matérielles communes à toutes les gastrites, et à la suite, nous essayerons de donner les caractères différents propres à chaque espèce. Nous verrons qu'il y a encore bien des lacunes dans nos connaissances à ce sujet. Des recherches ultérieures permettront peut-être de les combler.

Nous suivrons la même marche pour la symptomatologie; après les symptômes communs, les caractères différentiels. Il en sera de même pour le diagnostic et pour les indications thérapeutiques.

Nous avons vu, dans le chapitre consacré à l'étiologie, qu'un certain nombre de gastrites reconnaissaient pour cause une action directe sur la muqueuse gastrique. D'autres, au contraire, ne se rencontrent que dans certaines maladies générales, consécutivement à une autre affection. D'autres enfin sont causées par des altérations de la circulation dues à des lésions d'organes voisins.

Nous placerons dans une première classe, que l'on peut appeler *gastrites chroniques primitives*, celles qui reconnaissent pour cause une action directe sur la muqueuse de l'estomac.

Nous décrirons les gastrites qui accompagnent certaines maladies générales, ou qui se rattachent à certaines altérations locales, sous le nom de *gastrites chroniques secondaires*.

Les gastrites chroniques primitives peuvent elles-mêmes se subdiviser suivant la manière dont elles se forment.

Nous admettons d'abord une *gastrite chronique primitive simple*, qui succède à une gastrite aiguë, et dont les causes sont celles de la maladie à laquelle elle succède, c'est-à-dire une excitation de la muqueuse de l'estomac.

Nous admettrons ensuite une *gastrite chronique* par *troubles fonctionnels* ou *mécaniques*, produite par une alimentation mauvaise.

Nous avons étudié, dans l'étiologie, les différentes manières dont l'ingestion des aliments pouvait altérer les parois de l'estomac, c'est-à-dire, ou bien une quantité d'aliments excessive, ou bien des aliments difficiles à digérer ou irritants. — Enfin, les substances qui peuvent diminuer les mouvements de l'estomac ou altérer le suc gastrique.

Nous arrivons à une troisième subdivision, ce sont les gastrites toxiques. Ici, nous aurons les gastrites alcooliques, les gastrites sulfuriques; enfin, les gastrites produites par les substances caustiques.

Dans la deuxième classe de gastrite, c'est-à-dire dans les gastrites chroniques, nous placerons :

1° Les gastrites chroniques qui accompagnent les maladies générales. Ici, nous avons la gastrite urémique, que l'on pourrait aussi considérer comme une gastrite toxique. Cependant, eu égard à la maladie générale qui la détermine, nous l'avons placée en tête de notre deuxième classe, parce que les causes qui la produisent

n'agissent pas directement sur la muqueuse gastrique.

Puis nous avons les gastrites chroniques des tuberculeux. Wilson Fox les a recherchées et les aurait trouvées dans la moitié des cas. Cette fréquence de la gastrite chronique a lieu de nous surprendre, car on ne trouve pas généralement cette affection si commune dans les autopsies que l'on voit pratiquer tous les jours.

Nous avons vu, dans l'étiologie, qu'elle paraissait due aussi aux coïncidences de la tuberculose avec les affections du cœur et du foie. Nous nous permettrons une autre remarque.

En songeant que ces autopsies ont été faites en Angleterre, sur des sujets qui ont succombé à l'hôpital, en réfléchissant aux habitudes alcooliques de la basse classe en Angleterre, on peut se demander si l'on doit bien rapporter les cas de gastrites chroniques à la maladie tuberculeuse; ou si l'on ne pourrait pas plutôt les considérer comme des gastrites alcooliques.

Nous devons examiner ici les gastrites chroniques désignées sous le nom de *gastrite chronique par métastase*.

Comment doit-on considérer ce que l'on a appelé la gastrite goutteuse? Comment doit-on

apprécier les phénomènes gastriques observés chez les goutteux ? D'après Hunter, les désordres que produit la goutte dans l'estomac n'ont aucune analogie avec les affections articulaires. Pour Scudamore, les altérations de l'estomac sont dues au transport du processus inflammatoire des parties extérieures sur les organes profonds.

Un point que l'on ne peut méconnaître, c'est la fréquence des altérations de l'estomac chez les goutteux.

Garrod se demande si le dérangement des organes digestifs ne dépend pas, dans ces cas, de l'altération du sang par un excès d'urate de soude ?

La goutte se développe, comme on sait, surtout chez les individus qui ont fait usage d'une nourriture trop succulente. D'après ce fait, n'est-il pas logique d'admettre, qu'au moins dans un certain nombre de cas, les désordres du côté de l'estomac sont sous la même dépendance étiologique que la goutte elle-même ? En second lieu, considérant les phénomènes nerveux qui surviennent chez les goutteux (goutte rétrocédée), et qui peuvent être liés à l'intoxication du sang par l'acide urique, on peut se demander si

cette altération des liquides n'est pas une cause d'inflammation de la muqueuse de l'estomac, qui, comme on le sait, est une voie d'élimination pour un grand nombre de substances.

Enfin, ne peut-on pas appliquer ce mot, d'ailleurs si vague, de métastase, à ces cas dans lesquels on voit les symptômes gastriques alterner manifestement avec des symptômes articulaires?

(Nous n'attachons évidemment ici, au mot métastase, aucune importance théorique.)

Quant à la gastrite chronique qui accompagne la dégénérescence cancéreuse de l'estomac, c'est une inflammation de voisinage. Elle n'est pas toujours constante.

Il faut placer ici la gastrite chronique que l'on observe dans les cachexies, quelles que soient leurs causes.

Enfin, il y a une dernière variété de gastrites; ce sont celles qui reconnaissent pour cause un obstacle à la circulation de la muqueuse gastrique. On les observe dans certaines maladies du cœur, du foie et de la veine porte.

Elles ont été signalées par Bamberger, Niemeyer. Wilson Fox les a recherchées, a établi leur fréquence (voir le tableau). Malheureusement, pour beaucoup de ces gastrites, nous ne possédons que des notions très-vagues. Elles ont été

peu étudiées ; ou ce que les auteurs en ont dit est fort incomplet. L'article de W. Fox est trop concis, et l'on regrette de ne pas trouver le détail des autopsies qu'il a faites.

Mais enfin leur existence a été signalée. Il faut désirer que de nouvelles recherches viennent jeter la lumière sur ces faits.

L'étude des gastrites secondaires est encore à faire. Je crois que c'est un sujet de recherches intéressant.

Divisions des gastrites.

Gastrites chroniques primitives reconnaissant pour causes une action directe sur la muqueuse stomacale.	1° G. chr. simple.	Gastrite chron. primitive simple succédant à une gastrite aiguë ou subaiguë.
	2° Par troubles fonctionnels ou mécaniques.	1° Gastrite par excès d'alimentation.
		2° Gastrite chronique par ingesta difficiles à digérer.
		3° Gastrite chronique par ingesta irritants.
		4° Gastrite chron. par substances qui ralentissent les mouvements de l'estomac ou altèrent le suc gastrique.
	3° Par intoxication.	1° Alcool.
		2° Acide sulfurique.
		3° Poisons caustiques, etc.
Gastrites chroniques secondaires accompagnant des maladies générales ou se rattachant à des lésions locales.	4° Par dyscrasies ou maladies générales.	Urémie.
		Tubercules.
		Cancer.
		Goutte.
		Cachexie.
	5° Par obstacle à la circulation.	Maladies du cœur.
		— du foie.
		— de la veine porte.

CHAPITRE IV.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous allons étudier dans ce chapitre les lésions que l'on rencontre dans la gastrite chronique, puis nous étudierons à la suite les lésions qui sont propres à certaines gastrites, et qui doivent aux causes qui les ont produites des caractères particuliers.

Rappelons d'abord en quelques mots les tuniques qui entrent dans la structure de l'estomac. C'est, en procédant de dehors en dedans, la tunique séreuse, la tunique musculaire, la tunique celluleuse et enfin la muqueuse proprement dite.

La *tunique séreuse,* formée par le péritoine, ne nous arrêtera pas ; en effet elle ne prend pas part aux lésions que nous pouvons observer dans la gastrite chronique. Elle adhère aux faces antérieure et postérieure de l'estomac, et laisse, au niveau de la grande et de la petite courbure, un espace compris entre l'écartement de ses deux feuillets et qui permet à l'estomac ses mouvements d'ampliation.

La *tunique musculaire* se compose de trois plans de fibres. Le plan superficiel se compose de fibres longitudinales qui paraissent faire suite aux fibres longitudinales de l'œsophage. Plus nombreuses sur la petite courbure, elles manquent presque sur le corps de l'estomac. Le plan circulaire se compose d'une série d'anneaux successifs étendus du cardia au pylore, formant un plan très mince ; les anneaux sont quelquefois incomplets et se fixent par leurs extrémités sur la tunique celluleuse sous-jacente. Enfin les fibres obliques ou à anses constituent le troisième plan. On ne peut bien le voir que sur des estomacs dont la tunique musculaire est hypertrophiée. Superposées de dehors en dedans, ces couches musculaires ne sont pas toujours aussi distinctes que l'indiquent les descriptions. Nous verrons tout à l'heure, que cette couche est fréquemment le siége d'altérations dans la gastrite chronique.

La troisième tunique est la *tunique celluleuse* (membrane nerveuse des anciens). Elle a été successivement admise et rejetée par les anatomistes. Elle se compose d'un tissu très-lâche, qui adhère intimement à la tunique muqueuse et se plisse avec elle, et adhère faiblement à la tunique musculaire. C'est dans son épaisseur que se ramifient

les vaisseaux avant de pénétrer dans la muqueuse. Elle est formée de fibres lamineuses entre-croisées.

. La *membrane muqueuse* forme la couche la plus interne ; elle tapisse l'estomac et présente deux faces, l'une interne en rapport avec la tunique celluleuse, l'autre libre.

Sur cette surface, on voit des plis ondulés affectant en général une direction longitudinale, c'est-à-dire étendus du cardia au pylore. Ils diminuent ou s'effacent par l'effet de la distension et permettent ainsi l'ampliation rapide de l'estomac. Ils sont plus prononcés du côté du pylore. Tantôt plus ou moins réguliers, tantôt plus ou moins flexueux, ces plis sont quelquefois coupés par des plis beaucoup moins importants, et affectant une direction perpendiculaire à la direction longitudinale.

On remarque encore sur la surface de l'estomac des sillons flexueux, contournés, et qui la divisent en compartiments mamelonnés.

La muqueuse gastrique présente un aspect spongieux, tomenté, velouté, qui l'a fait appeler membrane villeuse. Elle est, en général, recouverte d'un mucus très-adhérent.

Elle présente des caractères différents suivant

les points où on l'examine. Ainsi la partie œsophagienne de la muqueuse est plus ténue, plus molle, plus vasculaire, et ne peut, en général, être enlevée que par lambeau.

Sa couleur présente de grandes variations, qui dépendent du moment où on l'examine. Chez les individus qui ont succombé à des maladies aiguës ou chroniques, elle présente des différences en rapport avec l'état du sujet. On n'a pu guère l'examiner avec fruit que chez des suppliciés ou bien dans de cas de mort accidentelle. Et encore, la coloration varie-t-elle suivant l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac, au moment de la mort, et avec le genre de mort.

Chez les personnes qui ont succombé accidentellement, et dont l'estomac était vide au moment de la mort, on trouve la muqueuse d'un bleu grisâtre, avec une légère teinte de jaune et de noir. — Si la mort est survenue pendant le travail de la digestion, on trouve la muqueuse d'un rouge variable, depuis le rose tendre jusqu'à la coloration la plus vive.

Enfin, Budd affirme que dans la mort par pendaison, on trouve la muqueuse congestionnée, et attribue cette congestion aux troubles de la circulation qui accompagnent ce genre de mort.

La muqueuse est revêtue d'une couche d'épithélium cylindrique. Au-dessous on peut reconnaître, au chorion muqueux, une couche profonde, musculaire, composée de tissu conjonctif et de faisceaux de fibres musculaires lisses et une seconde couche, appelée couche glanduleuse, contenant dans son épaisseur les glandes destinées à sécréter les sucs nécessaires au travail de la digestion.

Ce sont les glandes muqueuses et les glandes à suc gastrique. Les glandes à suc gastrique sont des follicules, les uns simples, les autres composés, et affectant la forme de petites glandes en grappes. Ces derniers avoisinent le cardia. A l'intérieur de ces glandes gastriques, on trouve des grandes cellules particulières, cellules à pepsine. Quant aux glandes muqueuses, elles avoisinent le pylore, ont une structure identique à celles des glandes à suc gastrique composées; mais elles sont complétement dépourvues de cellules à pepsine.

Les *artères* fournies par le tronc cœliaque se divisent en rameaux de plus en plus petits, s'anastomosant fréquemment entre eux, et arrivent dans la tunique celluleuse, d'où elles se répandent en nombreux capillaires dans la muqueuse.

Les capillaires sont principalement destinés aux glandes de la muqueuse.

Les *veines* se comportent comme les artères Elles sont dépourvues de valvules et vont se jeter dans le système de la veine porte.

Les *nerfs* viennent du pneumogastrique et du grand sympathique.

Les *vaisseaux lymphatiques* forment un réseau très-serré, et vont se jeter dans les ganglions situés le long de la grande et de la petite courbure de l'estomac.

Dans la gastrite chronique, il est rare que l'estomac conserve *sa dimension* ordinaire. Mais il est difficile de juger du volume normal de l'estomac, car les prédispositions individuelles, le sexe, les habitudes, ont une grande influence sur sa dilatation.

En effet, l'estomac se prête facilement à une grande ampliation, et son volume varie avec les habitudes auxquelles on le soumet. Chez les grands buveurs, chez ceux qui absorbent de grandes quantités de bière par exemple, il prend un développement considérable. Dans les cas de gastrite chronique, au début de l'affection, la cavité de cet organe se dilate; ses parois, non indurées, sont plus tôt amincies; mais, à un degré

plus avancé de l'altération, il subit une diminution dans ses dimensions : sa cavité, petite, rétrécie, arrive à présenter une capacité qui ne dépasse pas celle du côlon transverse. Dans les gastrites qui sont le résultat de certains empoisonnements par des substances caustiques, il peut arriver que la diminution de volume soit encore plus considérable; mais dans ce cas-là, cette diminution ne doit pas être regardée seulement comme le résultat de l'inflammation chronique de l'estomac.

L'action caustique exercée sur la muqueuse a pour action de transformer les couches superficielles en une eschare, molle, brunâtre ou noirâtre. Autour des points ainsi mortifiés, la muqueuse est rougie par l'hyperémie et l'extravasation sanguine. La guérison peut se faire après l'élimination des parties détruites, et leur remplacement par un tissu de cicatrice. Ces rétractions cicatricielles ont pour résultat de diminuer la capacité de l'estomac.

La *coloration* de la muqueuse varie beaucoup. Tantôt la muqueuse présente une coloration rouge foncé uniforme, générale ou partielle; tantôt cette coloration est accompagnée de petites taches brunâtres ou ardoisées, qui sont dues à une suc-

cession de petites hémorrhagies capillaires dans le tissu de la membrane et d'une transformation de l'hématine en d'autres pigments. L'hyperémie peut manquer, mais la muqueuse porte alors les traces d'hyperémies et d'hémorrhagies antérieures : ce sont ces petites taches brunes, grises ou noires qui recouvrent la muqueuse, et qui sont les conséquences de ces altérations antérieures.

La pigmentation de la muqueuse est quelquefois très-prononcée, uniforme ou par plaques, et due au dépôt du pigment dans le tissu interstitiel et dans les cellules des glandes de l'estomac.

La *consistance* de la muqueuse est en général plus ferme, et nous allons voir que les altérations de consistance, générales ou partielles, qu'elle présente, sont dues à des lésions différentes des éléments complexes qui entrent dans sa composition.

La surface interne est couverte d'un mucus épais, visqueux, transparent.

La muqueuse peut être *hypertrophiée* dans toute son étendue, ou bien seulement dans quelques points de sa surface. Lorsque l'hypertrophie porte sur l'ensemble de la muqueuse, sans affecter spécialement quelqu'un de ses éléments, elle est

habituellement générale, ou occupe plus particulièrement la région pylorique.

L'hypertrophie de la muqueuse est plus souvent partielle, soit par plaques, soit par points isolés.

M. Durand-Fardel rapporte l'exemple suivant d'hypertrophie par plaques : « La muqueuse présentait, aux environs de la valvule pylorique, deux plaques, chacune de quelques centimètres de diamètre, sur lesquelles elle offrait un grand nombre de mamelons irréguliers, aplatis, peu saillants, rapprochés les uns des autres, et d'une teinte grisâtre et un peu ardoisée. Cette coloration était due à une infinité de points noirs infiniment petits, et qui en recouvraient la surface. La muqueuse était notablement plus épaisse dans ce point que dans le reste de son étendue. »

La muqueuse hypertrophiée forme des plis nombreux lors même que les fibres musculaires de l'estomac ne sont pas contractés par la rigidité cadavérique.

Il résulte de ces hypertrophies partielles de la muqueuse, de ces plis, une foule de saillies variables par la forme et l'étendue, mais ordinairement arrondies, de 2 à 3 lignes de diamètre, semblables aux bourgeons charnus qui végètent à la surface des plaies.

M. Louis a décrit ceci sous le nom d'*état mamelonné de la muqueuse gastrique.*

Ces saillies sont séparées par des sillons superficiels et étroits; quand ceux-ci n'existent pas, l'hypertrophie est alors égale dans une certaine étendue de l'estomac.

Cet aspect mamelonné serait dû, suivant Niemeyer, à une hypertrophie partielle de la muqueuse gastrique, hypertrophie qui a pour effet l'agrandissement de quelques glandes et de leur tissu interstitiel.

Pour Frerichs, cet aspect serait dû à la présence dans le tissu sous-muqueux d'amas arrondis de graisse, ou bien à un développement de follicules serrés les uns contre les autres et oblitérés.

Budd attribue cet état à une distension des glandes de l'estomac due à la rétention des produits de sécrétion.

Cet état arrive quelquefois à constituer de petits *polypes muqueux*. M. le professeur Leudet les désigne sous le nom de hypertrophies polypiformes des villosités.

Pour M. Cornil, ces polypes sont constitués, soit par des villosités réunies de façon à produire un polype fibreux, soit par des villosités à leur

surface et des glandes dilatées dans leurs couches plus profondes, soit seulement par des glandes dilatées, hypertrophiées et transformées en petits kystes clos.

Il est probable que, dans certains de ces polypes glandulaires, il y a hypertrophie active des glandes par production de culs-de-sac nouveaux, et quelquefois distension kystique d'une glande par l'épaississement du liquide qu'elle sécrète. Le liquide muqueux que contiennent ces petits kystes est composé de cellules, soit pavimenteuses, soit sphériques, soit de grandes cellules cylindriques.

La *couche celluleuse* est aussi affectée dans la gastrite chronique. Elle est quelquefois infiltrée et présente une apparence gélatiniforme. Elle est le siége d'épaississement général, avec couleur blanche, nacrée, induration, dureté cartilagineuse.

M. Cruveilhier a appelé cet état *hypertrophie avec induration*. C'est la région pylorique qui est le plus souvent le siége de cette induration.

La *couche musculaire* présente aussi des altérations. Elle est hypertrophiée. Il y a une formation nouvelle de fibres-cellules musculaires et une augmentation du tissu conjonctif intermus-

culaire. Tantôt toute la tunique a pris part à l'hypertrophie, tantôt la région pylorique se trouve seule modifiée, tantôt enfin l'augmentation des parois est encore plus circonscrite et ne forme que quelques nodosités proéminentes.

Il faut distinguer l'hypertrophie musculaire, due à la gastrite chronique, du développement purement physiologique que prennent quelquefois les fibres musculaires; développement en rapport avec les habitudes diététiques auxquelles l'estomac est soumis.

Enfin les *vaisseaux* prennent part aux altérations des parois de l'estomac. Indépendamment des petites hémorrhagies interstitielles qui se montrent au début de l'inflammation chronique et qui jouent un grand rôle dans la coloration et la pigmentation de la muqueuse gastrique, on rencontre dans les gastrites chroniques anciennes une ramification plus grossière et en certains points des dilatations variqueuses des vaisseaux.

Nous venons d'étudier les lésions que les auteurs attribuent à la gastrite chronique. Nous avons éliminé de notre description le ramollissement de la muqueuse gastrique ainsi que les ulcérations de l'estomac, comme ne faisant pas

partie de notre sujet et ne devant pas être confondus avec l'inflammation chronique de l'estomac.

Nous avons dit que quelques gastrites présentaient des altérations particulières, qui devaient être rapportées aux causes qui les avaient produites. Nous allons étudier les caractères différents de ceux que nous venons de décrire, par lesquels se distinguent certaines gastrites.

La *gastrite alcoolique* est une de celles qui ont été le plus étudiées dans ces derniers temps. Sa fréquence explique le nombre des observations et des travaux qu'elle a provoqués. Au point de vue de l'anatomie pathologique, elle se distingue par la diminution de volume de l'estomac (lorsque la maladie dure depuis un certain temps). L'altération de la surface interne de la muqueuse est ordinairement limitée, inégale. La membrane muqueuse est lisse, elle ne présente pas ces plis hypertrophiés que l'on rencontre dans quelques autres gastrites. La couche de mucus qui la recouvre est peu épaisse et peu adhérente. La coloration de l'estomac, ordinairement grise ou ardoisée, présente en outre des plaques d'injection ou des taches noires pigmentaires.

Dans une période plus avancée, la gastrite

chronique simple fait place à la gastrite alcoolique ulcéreuse, bien étudiée surtout et mise en lumière par le professeur Leudet, de Rouen.

La *gastrite urémique*, gastrite secondaire causée par l'élimination, des principes de l'urine et surtout de l'urée, nous présente des caractères particuliers.

Dans ce cas, l'estomac est affecté d'une façon uniforme dans toute son étendue, ce qui est le contraire de ce que l'on observe dans la gastrite alcoolique. Les replis sont nombreux et saillants, au lieu de la surface lisse observée dans le cas précédent. La surface interne est recouverte d'un mucus épais très-adhérent. Enfin dans l'urémie on rencontre bien plus rarement des ulcérations de la muqueuse gastrique.

Nous n'avons pas à donner ici des caractères anatomiques différentiels pour les autres gastrites; les auteurs n'en ont pas signalé, et nous n'avons pas été à même d'en trouver; mais les différences que la gastrite alcoolique, la gastrite urémique et d'ailleurs la plupart des gastrites toxiques présentent, nous autorisent à penser que la gastrite chronique n'est pas une lésion toujours identique, et que la cause qui la produit peut lui imprimer un cachet particulier.

CHAPITRE V.

SYMPTOMATOLOGIE.

Nous décrirons d'abord les symptômes de la gastrite chronique en général, puis après, nous donnerons les caractères différentiels de quelques variétés de gastrites.

Prodromes. — Les symptômes prodromiques sont très-variables. En effet, ils diffèrent essentiellement suivant l'origine de la gastrite. Nous n'avons ici en vue que la période de prodromes qui précède la confirmation d'une gastrite chronique primitive.

Tantôt celle-ci aura été précédée d'une gastrite aiguë présentant des exacerbations et des rémissions, et la gastrite chronique succédera petit à petit à la maladie aiguë; tantôt la maladie chronique n'aura été précédée que d'une gastrite subaiguë, avec des phénomènes peu accusés et qui aura à peine éveillé l'attention du malade.

Dans le premier cas, ce sont les symptômes de la gastrite aiguë qui s'amenderont, mais qui prendront une grande régularité dans leur apparition et qui viendront confirmer le passage de l'état

aigu à l'état chronique; au contraire, dans le second cas, les phénomènes s'accuseront de plus en plus, ils deviendront de plus en plus réguliers, et il y aura longtemps que le malade souffrira de la gastrite chronique quand le mauvais état de ses digestions lui révélera le mal dont il est atteint.

Le travail de la digestion commence à être accompagné de phénomènes variés qui troublent la quiétude du malade. Après le repas, celui-ci ressent de la céphalalgie, la face est congestionnée, les yeux rouges, la peau brûlante; en même temps la digestion est pénible, les aliments restent sur l'estomac; il existe une sensation de gonflement à l'épigastre, il y a de l'oppression. La respiration est légèrement gênée. La durée de la digestion est plus longue qu'à l'ordinaire. Les malades, en général, attribuent cet état de malaise à la nature des aliments qu'ils ont ingérés, aussi varient-ils autant que possible leur mode de nourriture, attribuant à tel ou tel aliment le fâcheux état de leur digestion. L'appétit présente déjà des altérations; tantôt il augmente et les malades éprouvent le besoin de manger, et de manger souvent; et chaque fois qu'ils ont satisfait ce besoin, il épouvent une pesanteur à

l'épigastre. Tantôt, au contraire, l'appétit est diminué, et les malades semblent redouter l'ingestion des aliments, à cause du sentiment douloureux qui accompagne le travail de la digestion. En même temps un certain nombre de malades sont tourmentés par la soif après le repas.

On conçoit que ces phénomènes ne se présentent pas toujours avec la même régularité.

A cette période qui précède la gastrite chronique confirmée, les phénomènes n'ont pas toujours la même acuité, le mal ne s'établit que petit à petit; il passe par des gradations insensibles, tantôt il semble s'amender pour reprendre quelque temps après une marche plus rapide.

Lorsque la maladie a atteint son entier développement, elle se manifeste alors par des symptôme fixes, réguliers, que nous étudierons séparément, pour pouvoir mieux en apprécier le caractère, la durée, la valeur.

Mais avant, nous les étudierons groupés les uns avec les autres, pour donner une idée de leurs relations entre eux et essayer de peindre l'état du malade.

Chez les malades atteints de gastrite chronique, l'appétit présente des modifications en rapport avec le mauvais état des digestions. Chez un cer-

tain nombre de malades, il est augmenté, et c'est une faim d'autant plus pénible qu'on ne peut la satisfaire qu'au prix de souffrances atroces qui viendront accompagner le travail de la digestion. Les malades prennent souvent aussi pour une sensation de faim des tiraillements d'estomac extrêmement douloureux.

Chez un certain nombre d'entre eux, au contraire, l'appétit est diminué; ils sont obligés de se forcer pour prendre quelques aliments, et sont souvent retenus d'ailleurs par la crainte des souffrances qu'ils éprouvent pendant la digestion. Enfin quelques malades se mettent à table avec plaisir, mais à peine ont-ils mangé que le dégoût les prend et qu'ils ne peuvent continuer.

La soif est quelquefois nulle, mais souvent elle devient très-vive au moment de la digestion. Quelque temps après l'ingestion des aliments, le malade éprouve un sentiment de douleur, de chaleur et de pesanteur à l'épigastre, une sensation d'étouffement ou de gonflement extrêmement pénible. En ce moment certains malades éprouvent le besoin de remuer, de s'agiter pour faciliter la digestion ; d'autres, au contraire, recherchent une tranquillité absolue. Après avoir relâché les vêtements qui gênaient la respiration, par

suite du développement pris par l'estomac, ils s'étendent dans un fauteuil et attendent la fin de leurs souffrances.

Au fur et à mesure que le travail de la digestion s'opère, les souffrances s'apaisent, la céphalalgie, les bourdonnements d'oreille, la congestion de la face, tous ces phénomènes qui accompagnent la digestion dans la gastrite chronique, tous ces phénomènes s'amendent, et le malade revient à un état un peu moins douloureux.

Le travail de la digestion s'accompagne aussi d'autres phénomènes. Ce sont des rapports soit fades, soit âcres et acides de matières gazeuses, liquides ou même solides. Il y a aussi des vomissements de matières alimentaires qui surviennent plus ou moins longtemps après le repas.

Ils ont lieu surtout quand le malade a ingéré une trop grande quantité d'aliments, ou lorsque la digestion vient à être troublée par une cause morale ou physique. Nous verrons plus loin leur valeur séméiologique au point de vue du siége de la lésion cardiaque.

Les vomissements glaireux ou bilieux ne se montrent pas avec la même régularité. Ils ne surviennent pas non plus au moment de la digestion.

C'est le matin, avant le repas, que l'estomac se débarrasse de ces mucosités; quelques individus en rejettent dans la journée après avoir mangé, et sans vomir en même temps leurs aliments.

La *gastrorrhée*, vulgairement connue sous le nom de *pituite*, méritera de fixer un moment notre attention.

Cette gastrorrhée, que l'on rencontre surtout dans la gastrite chronique alcoolique, sera étudiée plus loin quand nous prendrons chaque symptôme séparément, pour tâcher d'en bien montrer le caractère, la forme et la valeur séméiologique.

Il en sera de même pour les vomissements de sang. Rejeté tantôt pur, tantôt avec ses qualités ordinaires, ou bien sous forme de matières noirâtres que l'on a comparées à du marc de café, ces vomissements noirs sont liés ordinairement au cancer de l'estomac, ou bien à l'ulcère simple. On les aurait observés dans quelques cas de gastrite chronique.

La douleur épigastrique n'est pas seulement ressentie pendant que l'estomac digère les aliments. Elle peut aussi être provoquée en dehors des digestions, soit par la pression, soit par toute autre cause. La gastrite chronique ne s'accom-

pagne pas ordinairement de fièvre; cependant, quelques malades en ressentent après les repas.

Tantôt elle ne vient qu'au moment des exacerbations. Enfin, quand la maladie dure depuis longtemps, que les malades tombent dans le marasme, elle peut revêtir les caractères de l'hecticité.

Enfin, dans une période avancée de la maladie, la bouche devient souvent le siége d'une stomatite aphtheuse; d'autres fois, elle est sèche, brûlante; quelquefois aussi il y a une salivation abondante. La langue présente aussi des aspects très-variés. Les malades sont ordinairement constipés. Au moment même de la digestion, les malades éprouvent de la céphalalgie, lourdeur de tête, bourdonnements d'oreille, de la somnolence. D'autres fois, ils sont pris de migraine; la nuit est tourmentée par des insomnies. Enfin, la maladie exerce son influence sur les fonctions intellectuelles; la lypémanie et l'hypochondrie ne sont pas rares dans la gastrite chronique.

Ajoutons, pour terminer ce tableau, que la gastrite chronique peut exister depuis longtemps sans que cette affection ait son contre-coup sur l'organisme, mais que, dans d'autres cas, et ils sont les plus nombreux, on ne tarde pas à voir

les forces diminuer, l'embonpoint disparaître, et enfin, chez quelques malades, la peau prendre une coloration particulière.

Les signes que fournissent en général l'*inspection*, la *palpation* et la *percussion* de l'abdomen, si utiles pour le diagnostic de certaines affections de l'estomac, ne donnent, pour la gastrite chronique, que peu de résultats immédiats. Mais, en face d'un malade se plaignant depuis longtemps de douleurs épigastriques, de mauvaises digestions, de rapports et de vomissements, ces signes sont d'une haute importance pour le diagnostic différentiel. Quand il s'agit de reconnaître si l'on a affaire à une simple dyspepsie, à un cancer ou à une ulcère simple de l'estomac, ou bien à une gastrite chronique, les signes fournis par l'examen de la région épigastrique ont une très-grande valeur.

Quand nous ferons le diagnostic de ces différentes maladies, nous insisterons sur les caractères et les signes qui permettent de résoudre le problème.

Maintenant, nous n'avons qu'à examiner ce que cette inspection nous révèle dans la gastrite chronique.

L'inspection pourra nous révéler, après les

repas, le développement pris par l'estomac quand celui-ci est rempli d'aliments dont la digestion est longue à se faire. L'estomac n'est en rapport avec la paroi abdominale antérieure, à l'épigastre, que dans l'état de plénitude. On voit alors une légère voussure à la région épigastrique, voussure produite par le développement pris par l'estomac qui est dur, distendu par des gaz.

A la percussion, il donne un son clair, tympanique. Mais cette voussure ne s'aperçoit facilement que lorsque le malade est amaigri et que l'état de la paroi abdominale permet de la déprimer par la pression.

Maintenant examinons les signes que nous fournit l'examen de l'appareil de la digestion.

Nous avons déjà montré dans le tableau que nous avons fait de la gastrite chronique, les altérations que subissait l'*appétit* dans cette maladie. Nous l'avons vu augmenté ou bien diminué; nous avons vu les malades prenant pour la faim les tiraillements d'estomac, enfin, les malades sous la préoccupation des douleurs qu'ils éprouveront après l'ingestion des aliments.

L'examen de *la langue* et de *la bouche* nous révèle les troubles sympathiques qu'excite la gastrite chronique. La bouche est quelquefois le siége d'une stomatite aphtheuse souvent très-rebelle et

d'un sentiment de sécheresse qui accompagne la soif, qui cesse et revient avec elle. La langue est quelquefois blanche, pâle, d'autres fois revêtue d'un peu d'enduit saburrhal. Enfin, MM. Andral, Hardy et Béhier ont observé un dévéloppement particulier de papilles rouges et saillantes et siégeant autant à la pointe de la langue, sous la forme d'une petite houppe de papilles. Ajoutons que, si ordinairement on constate une grande sécheresse de la bouche, on voit chez quelques malades, au contraire, une augmentation considérable de la salive. Les gencives se ramollissent et saignent facilement; enfin le goût est quelquefois sûr et l'haleine mauvaise.

La douleur épigastrique manque rarement, et, bien qu'augmentée presque toujours par l'introduction des aliments, tend à devenir continue.

Cette douleur n'est pas habituellement très-vive, c'est plutôt une gêne, un sentiment de pesanteur. Les malades la comparent à la sensation d'une barre étendue entre les deux hypochondres. Dans quelques cas rares, c'est une douleur très-vive, avec des élancements. Mais ordinairement elle consiste en une sensation de pesanteur qui s'exagère pendant le travail de la digestion. Elle suit immédiatement l'ingestion

des aliments, au lieu d'apparaître, comme il arrive souvent dans la dyspepsie, un certain temps après le repas.

La pression exagère cette douleur, mais elle est mal délimitée; la sensibilité est plus étendue, plus diffuse que dans la dyspepsie, dans la gastralgie et d'autres altérations des parois de l'estomac. *Le gonflement de l'estomac* après les repas est surtont remarquable dans la gastrite chronique. L'épigastre est tendu, résistant, la sonorité est obtuse. M. Durand-Fardel a insisté sur les caractères différents du gonflement de l'estomac dans la gastrite chronique comparés à ceux que l'on observe dans la dyspepsie, et dans la gastralgie. Dans la dyspepsie, l'épigastre, même sensible à la pression, est souple hors le cas de flatulence; il en est de même dans la gastralgie, quand il n'y a pas de pneumatose et de contraction des muscles droits. Dans ces deux cas l'estomac est souple, la sonorité est parfaite et même tympanique. Au contraire, dans la gastrite chronique, on remarque : de la résistance, un son obscur, demi-matité, enfin, de l'empâtement de la région épigastrique et la sensation d'un plan dur et résistant. On conçoit l'importance de ces signes pour le diagnostic de la gastrite chronique

d'avec le cancer et l'ulcère simple de l'estomac. *Les nausées et les vomissements* ne sont pas toujours constants. Les malades peuvent vomir, soit des matières alimentaires plus ou moins digérées, soit des matières muqueuses et glaireuses, soit enfin avoir des hématémèses.

Les aliments ne sont pas tous aussi facilement digérés. Il y en a qui sont spécialement vomis. Bien des causes paraissent agir pour produire les vomissements. Ils peuvent être produits par l'excitation des nerfs sensitifs de l'estomac pendant le travail de la digestion. On les remarque souvent quand les aliments ont été ingérés en trop grande quantité.

Les malades vomissent quelquefois des matières muqueuses et bilieuses. C'est souvent le matin, à jeûn : les malades ont *la pituite*. C'est surtout dans la gastrite alcoolique que cette *gastrorrhée* est fréquente. Aussitôt sorti du lit, le malade éprouve une sensation pénible de nausée : c'est le phénomène précurseur du vomissement. Celui-ci s'effectue presque aussitôt, plus ou moins facilement. La quantité du liquide rendu est très-variable. Enfin, l'hématémèse peut se rencontrer dans la gastrite chronique simple, sans ulcérations. Il faut bien connaître ce fait pour le

diagnostic différentiel de l'ulcère simple de l'estomac et de la gastrite chronique.

La constipation est fréquente dans la gastrite chronique. Mais elle alterne souvent avec de la diarrhée. Doit-on penser dans ce cas là qu'une entérite est venue s'ajouter à l'inflammation chronique de la muqueuse de l'estomac?

L'appareil de la respiration ne nous fournit que peu de signes dans la gastrite chronique. Le travail de la digestion s'accompagne d'un peu d'étouffement, ce qui s'explique par la gêne de la respiration résultant du développement pris par l'estomac. Cet étouffement s'accompagne d'une petite toux sèche, désignée sous le nom de toux gastrique, et qui se montre par intervalles.

La circulation générale est aussi affectée. Au moment des exacerbations, on observe de la fièvre, caractérisée par l'accélération du pouls et par la chaleur sèche de la peau. D'autres malades en ont à chaque digestion. Enfin la fièvre prend le caractère de l'hecticité quand les malades tombent dans le marasme et que la maladie va se terminer d'une manière malheureuse.

La sécrétion urinaire présente des modifications remarquables. L'urine est riche en pigment,

renferme de l'oxalate de chaux et forme des dépôts d'urate.

Le système nerveux est aussi affecté dans la gastrite chronique. Les malades, au début, ont de la céphalalgie, de la somnolence après les repas et des insomnies qui viennent troubler leurs nuits.

Plus tard ils continuent à souffrir et se montrent, comme dans toutes les affections du tube digestif, accessibles à l'ennui et aux idées tristes. La lypémanie et l'hypochondrie ont été observées par Esquirol comme souvent liées à l'existence d'une gastrite chronique.

L'état général résiste longtemps sans que la santé générale s'en ressente à un degré notable; mais il finit toujours par survenir de l'amaigrissement, de la perte des forces. Enfin, si l'organisme résiste mal, la gastrite fait des progrès incessants.

On voit survenir graduellement un état cachectique avec amaigrissement extrême, perte absolue des forces, et enfin une coloration terreuse et grisâtre de la peau.

Quelques gastrites présentent des caractères particuliers.

Dans la *gastrite alcoolique*, on a cité comme se rattachant à l'alcoolisme la coloration rouge, anormale, de la muqueuse linguale; elle est fendillée, dépourvue d'épithélium; ses papilles sont volumineuses, hypertrophiées.

M. Lancereaux, dans son article Alcoolisme du *Dictionnaire encyclopédique*, dit avoir constaté plusieurs fois cet état, mais chez des buveurs qui faisaient usage de la pipe et abus du tabac, de telle sorte que ce dernier agent pourrait bien, plutôt que l'alcool, être la cause de cette altération. Un des symptômes qui appartient surtout à la gastrite alcoolique est la gastrorrhée ou pituite, qui, chez eux, se montre surtout le matin et à jeun.

Dans la *gastrite urémique*, on rencontre aussi des vomissements et des pituites; mais, tandis que chez le buveur ils ne se montrent guère que le matin à jeun, chez les individus dont l'excrétion urinaire est insuffisante, ils peuvent apparaître à tous les instants de la journée.

Nous publions ici deux observations, l'une de gastrite alcoolique, l'autre de gastrite urémique, qui nous ont été communiquées par M. Lancereaux, auquel nous sommes heureux d'adresser

nos remercîments pour la bienveillance avec laquelle il nous a communiqué les nombreux documents qu'il possède sur cette gastrite, qu'il a si bien étudiée.

OBSERVATION Ire.

Gastrite alcoolique.

P. B..., 46 ans, répétiteur, entré et mort à l'Hôtel-Dieu le 27 février 1866, salle Sainte-Agnès (service de M. Piorry). Depuis l'âge de vingt ans il se livrait sans cesse aux plus grands excès alcooliques. Jusqu'à 38 ans, il buvait en grande quantité de l'absinthe et du cognac.

Pendant les derniers temps de sa vie, sa principale boisson se composait d'un mélange de bitter et d'eau-de-vie.

On peut évaluer à un litre la quantité d'absinthe qu'il buvait par jour, de vingt à trente ans. Cette quantité ne doit pas paraître exagéree, lorsqu'on sait qu'il avait l'habitude d'en prendre deux ou trois verres avec chaque élève auquel il donnait des répétitions, et que celles-ci étaient d'autant meilleures qu'il était plus excité par l'alcool.

De 38 à 46 ans, il buvait en moyenne, par jour, huit ou dix verres de bitter auxquels il ajoutait de l'eau-de-vie, un demi-litre de vin à chaque repas, plusieurs verres de cognac avec son café et de nombreuses consommations accidentelles.

Durant les deux dernières années de sa vie, sa constitution physique avait considérablement baissé, son intelligence était pourtant restée intacte.

Lorsqu'il pressait le pas ou lorsqu'il montait plusieurs étages, il était pris d'un essouflement pénible. L'ouïe avait diminué, et durant ses dernières années, il était atteint d'une surdité qui obligeait ses interlocuteurs à parler assez haut.

Le timbre de sa voix était faible, et il ne l'élevait qu'en faisant des efforts.

Vers le sixième mois qui précéda sa mort, il avait été pris de vomissements de sang répétés qu'il supposait venir de la gorge. Dès cette époque, son appétit commença à diminuer sans que, malgré cela, il s'abstînt de boire comme à l'ordinaire. Il était tourmenté d'une soif très-vive qu'il calmait avec de l'eau alcoolisée.

Quinze jours avant sa mort, des taches hémorrhagiques se manifestèrent sur toute l'étendue du corps. Huit jours avant sa mort, une hémorrhagie des plus abondantes l'obligea à garder le lit un jour. Le lendemain, bien qu'extrêmement faible, il reprit ses occupations pendant deux jours.

Une nouvelle hémorrhagie survint, puis une seconde puis, une troisième très-abondante. C'est alors qu'il fut transporté à l'Hôtel-Dieu où il succomba dans la journée.

Des selles sanguinolentes avaient accompagné ces dernières hémorrhagies qu'à l'aspect du sang, et en l'absence de lésions pulmonaires l'on devait considérer comme se produisant dans l'estomac.

Nécropsie. Cerveau. — Le cerveau est peu volumineux; les meninges présentent à la convexité une teine opaline, et renferment une quantité notable de sérosité. Quelques circonvolations de la convexité sont atrophiées. Le cervelet est intact. La substance nerveuse est pâle, anémiée, sans dilatation notable des petits vaisseaux.

Larynx. — Les cartilages du larynx sont ossifiés.

Poumons. — Les poumons ne présentent pas d'adhérences, ils sont pigmentés par petits points dans toute leur épaisseur et principalement sous les plèvres. Absence de lésion tuberculeuse.

Cœur. — Le tissu du cœur est un peu jaunâtre et friable; la cavité gauche est petite, les parois hypertrophiées. A la base, on remarque de nombreux pelotons graisseux.

Aorte. — L'aorte offre quelques légères taches jaunes non saillantes, principalement au niveau de la région lombaire.

Endocarde.—L'endocarde à gauche est opalin, peu épaissi ; il en est de même des valvules mitrales.

Abdomen. — L'abdomen contient du liquide en quantité moyenne.

Foie. — Le foie est petit, granuleux, jaune, ferme ; il présente tous les caractères de la cirrhose ou induration granulée. A la coupe, les lobules font saillie à la surface du tissu conjonctif épaissi.

Estomac. — L'estomac est rempli d'un sang noir et coagulé. Dans l'épaisseur de ce caillot l'on rencontre des fragments de tissu musculaire et de tissu fibreux, provenant des aliments ingérés quelques instants avant la mort. La muqueuse, colorée par le sang n'est nulle part érodée. Des recherches minutieuses n'ont pu faire découvrir aucune solution de continuité. Cette muqueuse est épaissie, pigmentée sur une certaine étendue et présente, en même temps que quelques petites saillies jaunâtres, une injection disséminée; la cavité est agrandie et les parois musculaires hypertrophiées.

Intestin. — L'intestin contient également du sang noir, et sa muqueuse colorée par ce liquide n'est érodée en aucun point.

Rate. — La rate est volumineuse, assez ferme, sans autre altération que la congestion qui résulte de la cirrhose.

Reins. — Les reins ont leur volume ordinaire et sont parsemés de points jaunâtres et légèrement injectés. A la coupe, l'on remarque des stries jaunâtres et une coloration rouge sale.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres. Indépendamment de la cause qui a produit cette gastrite, et qu'il est facile de reconnaître, ce malade a éprouvé des vomissements de sang dans les derniers temps de sa vie. Or, à l'autopsie, on n'a pu trouver aucune ulcération ou perte de

substance qui pût expliquer cette hémorrhagie. Les hématémèses ont été observées dans les cas de gastrite chronique sans ulcérations. M. Andral en a rapporté des exemples. Les faits connus nous apprennent que ces hémorrhagies se sont montrées dans les derniers jours de la maladie. C'est aussi ce que nous remarquons dans cette observation. Enfin, dans l'estomac, nous trouvons les caractères de la gastrite alcoolique.

OBSERVATION II.

Gastrite urémique. — Kystes des deux reins et du foie.

M..., âgé de 43 ans, entre à plusieurs reprises à l'Hôtel-Dieu, dans des services différents. Enfin, en mai 1864, il vient mourir dans le service de M. Grisolle. Il avait présenté, dans les derniers jours de sa vie, de la somnolence (il dormait, au dire de ses voisins, jusqu'à vingt heures par jour). Il avait l'intelligence très-paresseuse; l'excrétion de l'urine était considérablement diminuée; cependant le malade pouvait encore uriner si on le lui demandait. Cette urine, traitée par l'acide nitrique, donnait à peine un léger précipité, non floconneux, qui n'augmentait pas par la chaleur. Il y eut un peu d'albumine trois jours avant la mort. Le malade, après quelques alternatives d'excitation légère et de somnolence, mourut le 6 mai.

Encéphale. — Quelques opacités sur les méninges, le long de la faux du cerveau. Injection assez peu marquée des méninges qui se détachent facilement; au-dessous, on aperçoit la substance cérébrale blanche, comme lavée. A la coupe, léger piqueté rouge; bulbe sain; artères cérébrales saines.

Poumons. — Coloration noirâtre de la surface des poumons,

sous forme disséminée (Pigmentation). Œdème, surtout aux aux parties déclives. Quelques masses tuberculeuses crétacées, granulations aux sommets et à la périphérie des deux poumons. Dans les lobes inférieurs, des rares noyaux tuberculeux.

Cœur. — Péricarde sain. Dépôts graisseux à la base du cœur; hypertrophie notable de l'organe, portant surtout sur le ventricule gauche, dont la paroi offre 15 à 22 millimètres d'épaisseur. Hypertrophie des colonnes charnues. Intégrité des orifices et des valvules à droite et à gauche.

Rate. — Cette glande est normale, si ce n'est une légère coloration à sa partie la plus déclive.

Le *foie* est un peu gras. La capsule a sa coloration ordinaire; le parenchyme est parsemé de taches, les unes blanchâtres, les autres transparentes et beaucoup plus larges; les dernières extrêmement nombreuses, tant à la face antérieure qu'à la face postérieure, ont des dimensions qui varient entre quelques millimètres et un ou 2 centimètres; elles sont constituées par de véritables kystes, il y en a de 50 à 100 sur chacune des deux faces. A la coupe, le parenchyme ne paraît nullement modifié, mais on trouve dans son intérieur de petites cavités kystiques pouvant contenir une lentille ou une petite noisette ; ces kytes sont pourtant moins nombreux que ceux de la surface.

Reins. — Le rein gauche est un peu plus volumineux que le rein droit. Le rein gauche a 24 cent. de hauteur, le rein droit 25 cent.

Ces deux organes offrent extérieurement l'apparence d'une grappe de raisin. Cet aspect est dû à des kystes qui offrent des colorations variées. Les uns sont transparents, les autres opaques, bruns ou rosés. Lorsqu'on incise le rein, on trouve une trame membraneuse au sein de laquelle existent les kystes qui viennent d'être signalés. Leur cavité peut renfermer, soit une grosse noix ou un petit œuf, soit une noisette ou une lentille. Toute trace de substance rénale a disparu dans le rein gauche; on n'y observe que des kystes dont le contenu est transparent pour les uns, sale et épais pour d'autres; tandis que, dans un certain nombre, on rencontre une substance semblable à du méconium. Cet contenu est généralement

composé de cellules et de globules sanguins altérés; on y trouve de plus des cristaux de cholesterine.

Uretères. — Les uretères sont d'un petit volume.

Vessie. — La vessie est dilatée, large, la tunique musculaire est un peu épaissie vers la base.

Vésicule séminale. — Les vésicules séminales contiennent un liquide légèrement verdâtre.

Estomac. — L'estomac est large, légèrement dilaté, plus grand que ne le comporte la taille du sujet en observation. La muqueuse, peu ou point altérée au niveau de la région cardiaque, est manifestement modifiée dans le reste de son étendue, ses replis très-épais font saillie à la surface interne de l'organe; elle présente une coloration grisâtre ou noirâtre dans l'intervalle qui les sépare; les glandules paraissaient surtout être le siége de cette coloration. Il n'existe nulle part d'ulcération; la muqueuse est seulement recouverte d'un mucus épais et filant, à réaction neutre.

Intestin. — Un mucus assez analogue tapisse la muqueuse du gros intestin, elle est épaissie, ses replis colorés en noir au niveau de leurs bords libres. La muqueuse est injectée, mais nulle part ulcérée, ses glandes sont apparentes et un peu volumineuses. Dans l'intestin grêle, on doit noter une apparence semblable.

Cette observation nous montre un exemple des lésions qui peuvent survenir du côté de l'estomac dans le cours d'une affection rénale.

Nous remarquons à ce propos que les lésions ne surviennent pas seulement à la suite d'une maladie de Bright, mais qu'on peut encore les rencontrer dans d'autres affections des reins; lésions kystiques, affection tuberculeuse des reins, et enfin dans celles qui sont consécutives au cancer de l'utérus.

CHAPITRE VI.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de la gastrite chronique n'est pas toujours facile. En effet, cette affection n'a point de caractère pathognomonique, et ses symptômes lui sont communs avec un grand nombre d'autres affections de l'estomac.

Il est donc difficile de rapporter chacun de ces symptômes à sa véritable cause, surtout dans le cas d'une gastrite chronique secondaire. En effet, dans les maladies générales, où la gastrite chronique ne s'établit que consécutivement, il y a un certain nombre de troubles de la digestion qui ne doivent pas tous être rapportés à l'inflammation chronique de la muqueuse gastrique. Et en même temps il est plus difficile de reconnaître les symptômes de la gastrite chronique au milieu des symptômes de l'affection primitive.

Il faut d'abord rechercher quels sont les symptômes que présente le malade et voir s'ils se rapportent à la gastrite chronique. Il faut ensuite faire le diagnostic différentiel d'avec la gastralgie, le cancer et l'ulcère simple de l'estomac; voir si l'on a affaire à une dyspepsie simple ou

symptomatique; enfin, quand on croira avoir certainement reconnu une gastrite chronique, en rechercher la cause.

Les phénomènes principaux qui caractérisent la gastrite chronique sont : une douleur ordinairement vive à l'épigastre, douleur s'exagérant surtout pendant le travail de la digestion, travail qui se fait toujours avec une certaine lenteur; la sensation dure que donne l'estomac à la palpation, phénomène sur lequel nous avons insisté dans la symptomatologie, et intéressant pour le diagnostic d'avec le cancer; les vomissements, soit de matières alimentaires, soit de matières glaireuses, soit même des hématémèses; l'existence d'un mouvement fébrile qui se montre par intervalles. Enfin les phénomènes sympathiques qui se montrent du côté du système nerveux, l'état général, la marche et le mode d'envahissement de la maladie, tels sont les éléments à l'aide desquels il est permis de faire le diagnostic.

Disons d'abord que la longue durée de la maladie et le peu d'intensité des phénomènes symptomatiques suffisent pour séparer la gastrite chronique de la *gastrite aiguë*.

La *dyspepsie* se présente avec un certain nombre de symptômes qui lui sont communs avec la

gastrite chronique. Mais ces symptômes présentent quelques caractères différents. Ainsi la douleur épigastrique, toujours accrue par la pression, est plus localisée dans la dyspepsie. Elle est en général très-limitée au cardia. Au contraire, elle est plus étendue, plus diffuse dans la gastrite chronique. Dans cette dernière affection, elle se montre aussitôt après l'ingestion des aliments, tandis que, dans la dyspepsie, elle se montre un certain temps après la fin du repas.

Chez les dyspeptiques, hors le cas de flatulence, l'épigastre, même sensible à la pression, est souple, la sonorité est parfaite. Dans les cas de gastrite, on trouve au contraire l'épigastre tendu, résistant, et offrant une sonorité obtuse.

Enfin les vomissements et les nausées se rencontrent dans les deux affections qui nous occupent, mais c'est surtout plus ou moins longtemps après le repas que les vomissements dyspeptiques commencent à se faire sentir, tandis que, dans la gastrite chronique, c'est ordinairement peu après l'ingestion des aliments que les malades commencent à souffrir. Disons encore que les vomissements glaireux, survenant le matin, ce que l'on appelle la pituite, doivent être rapportés à la gastrite chronique. Mais les vomisse-

ments ne sont qu'un signe d'une valeur secondaire dans le diagnostic différentiel de la dyspepsie et de la gastrite chroniques, à cause de l'irrégularité de leur manifestation, et parce que ce phénomène n'est pas constant dans l'inflammation de la muqueuse gastrique. Enfin l'état général pourra fournir quelques éléments au diagnostic.

Ordinairement la dyspepsie simple, si elle n'est pas très-intense, est presque compatible avec la santé; elle ne diminue pas d'une façon très-sensible l'embonpoint ou les forces. Enfin elle présente des périodes de rémission. Dans la gastrite chronique, nous observons la continuité des souffrances, le retentissement général sur l'organisme, la perte des forces et de l'embonpoint. En combinant tous ces signes, en rappelant les antécédents, en observant la marche ultérieure de la maladie, on arrivera à pouvoir reconnaître si l'on a affaire à une simple dyspepsie ou à une gastrite chronique.

La *gastralgie* se distingue plus facilement de la gastrite chronique. En effet, il est peu possible de confondre ces deux maladies quand la gastralgie affecte une forme violente. Mais, dans sa forme chronique, la gastralgie peut être plus fa-

cilement confondue avec la gastrite chronique. Cependant on évitera plus facilement l'erreur, car leurs symptômes communs possèdent des caractères bien tranchés.

La douleur, dans la gastralgie, siége à l'épigastre, mais s'irradie plus ou moins loin. Elle est au contraire bornée à l'estomac dans la gastrite chronique. Dans cette dernière maladie, elle est presque continue et s'exaspère un peu par la pression. Dans la gastralgie elle est intermittente ou rémittente, et cesse ou diminue souvent par la pression. L'appétit et la manière dont les digestions s'opèrent varient dans les deux maladies.

Dans la gastralgie, l'appétit est plus ou moins conservé. Il est quelquefois augmenté, d'autres fois capricieux.

Les aliments ingérés provoquent quelquefois des douleurs très-vives; mais d'autres fois les douleurs cessent avec l'état de plénitude de l'estomac. Enfin il n'y a aucune réaction fébrile. Dans la gastrite chronique, au contraire, il y a ou de l'inappétence ou de l'aversion pour les aliments. Ils provoquent toujours des douleurs épigastriques. C'est surtout au moment où les aliments sont arrivés dans l'estomac que les ma-

lades commencent à souffrir. La digestion s'accompagne souvent d'un mouvement fébrile.

Enfin, encore dans cette maladie, comme dans la dyspepsie, l'embonpoint et les forces peuvent se conserver longtemps intacts : nous avons vu quel état provoquait la gastrite chronique.

La marche de ces deux maladies n'est pas la même : intermittente dans la première, elle affecte dans la gastrite chronique une marche uniforme et presque non interrompue.

L'ulcère simple de l'estomac, appelé aussi gastrite chronique ulcéreuse, n'est pas toujours facile à diagnostiquer d'une gastrite chronique. Cependant la douleur ne se présente pas dans ces deux affections avec les mêmes caractères. urde, diffuse, bornée à la région épigastrique dans la gastrite chronique, elle présente dans l'ulcère simple de l'estomac des particularités exposées ainsi par Trousseau :

« Généralement circonscrite dans la région de l'appendice xiphoïde du sternum, elle est térébérante ou comparée par les malades à la sensation d'une brûlure, d'une plaie mise à vif, d'un pincement violent.

« Elle revient pas crises, avec des exacerbations

plusieurs fois dans le courant de la journée; est exaspérée par la pression de la main sur le creux épigastrique, et sollicitée ou réveillée par l'ingestion des aliments; survenant quelquefois, il est vrai, un peu plus tard, elle persiste pendant toute la durée de la digestion stomacale, et elle n'est jamais plus forte qu'à ce moment. A cette douleur gastralgique, lorsqu'elle a acquis un haut degré d'intensité, s'ajoute une douleur de même nature occupant la région correspondante du rachis, c'est-à-dire au niveau de la première vertèbre lombaire ou des trois dernières vertèbres dorsales. Dans quelques circonstances, au lieu de rester limitée au point épigastrique ou xiphoïdien, ou au point rachidien, la douleur s'irradie vers le haut, derrière le sternum, dans la direction de l'œsophage, s'étend dans les espaces intercostaux et se propage, en bas, du côté des reins. »

On rencontre les vomissements de sang dans l'ulcère simple de l'estomac et aussi quelquefois dans la gastrite chronique. Mais c'est un phénomène fréquent dans la première de ces maladies. Ces hématémèses considérables sont quelques fois suivies de longs intervalles d'un état relatif de santé, puis ils reparaissent de nouveau.

Au contraire, les hématémèses, très-rares dans la gastrite chronique, n'ont guère été observées que dans les dernières périodes de la maladie.

L'état général se ressent de la lésion locale chez les malades. En somme le diagnostic différentiel se fera surtout à l'aide des signes fournis par la douleur et par les vomissements de sang.

Le cancer de l'estomac est facilement confondu avec la gastrite chronique, surtout quand celle-ci est déjà dans un état avancé. Dans le cancer de l'estomac, la douleur est tantôt très-vive (sensation de brûlure ou d'érosion) caractères que l'on ne remarque pas dans la gastrite chronique, tantôt, au contraire, elle ne consiste guère que dans une sensation de pesanteur accompagnant le travail de la digestion. Enfin ce phénomène peut manquer.

Les vomissements de matières alimentaires se rencontrent dans les deux maladies. On sait que dans le cancer de l'estomac, les vomissements deviennent fréquents dans un état avancé de la maladie; qu'il ont lieu plus on moins longtemps après l'ingestion des aliments, suivant le siége de la tumeur cancéreuse, qu'enfin on voit les matières n'être rendues que quelquefois deux ou trois

jours après leur entrée dans l'estomac. Dans la gastrite ils sont moins fréquents et les aliments ne restent jamais si longtemps dans l'estomac.

Les vomissements noirs sont encore un signe qui fera pencher vers l'idée d'un cancer, puisque les hématémèses signalées dans la gastrite chronique ne se rencontrent que dans les derniers jours de la maladie et sont excessivement rares.

La palpation de l'estomac, dans la gastrite chronique, donne quand il y a une hypertrophie considérable des parois de l'estomac, la sensation d'une tumeur aplatie, mal limitée sur ses bords.

Au contraire, dans le cas de cancer de l'estomac, on peut percevoir une tumeur lisse ou inégale, plus ou moins mobile, entièrement mate à la percussion, et presque toujours douloureuse à la pression. Mais ici l'état général du malade sera d'un grand secours pour le diagnostic. Dans la gastrite chronique le dépérissement est moins rapide que dans le cancer.

On n'observe pas la teinte propre à la diathèse cancéreuse, il y a quelquefois de la fièvre.

Enfin les antécédents du sujet, la marche de la maladie devront encore entrer en ligne de compte dans les éléments qui permettent de faire

le diagnostic du cancer de l'estomac et de la gastrite chronique.

Une fois la gastrite chronique reconnue, il sera nécessaire de rechercher à quelle cause la rattacher.

L'étude des antécédents du malade, du début de la maladie, de sa marche, mettront sur la voie.

Il est intéressant, au point de vue du traitement, de rechercher si l'on est en face d'une gastrite venue par suite de troubles fonctionnels de l'estomac, c'est-à-dire celles que nous avons appelées mécaniques et qui reconnaissaient pour point de départ une irritation mécanique ou chimique des parois de l'estomac par suite de mauvaise alimentation. Il sera facile de reconnaître des troubles gastriques chez les personnes qui auront accidentellement ingéré des substances caustiques.

L'attention devra être éveillée sur la fréquence des gastrites alcooliques, et l'on pourra rapporter un certain nombre de gastrites chroniques qui, au premier abord, paraissent se rattacher à des affections générales, à une suite d'habitudes alcooliques antérieures.

Il sera plus difficile de reconnaître la gastrique chronique au milieu des affections diverses qui

l'ont produite consécutivement. Cependant sachant qu'elle peut résulter des troubles de la circulation de l'estomac et qu'on le rencontre dans un nombre de maladies du foie, du cœur et de la veine porte, on pourra attribuer à leur véritable cause un certain nombre des phénomènes gastriques que l'on rencontre dans ces maladies.

CHAPITRE VII.

MARCHE, DURÉE ET TERMINAISONS. — PRONOSTIC.

La durée de la gastrite chronique est toujours fort longue. On conçoit, après ce que nous avons dit des diférentes variétés de gastrites, des causes déterminantes ou accessoires qui les ont produites, qu'il est impossible de poser une règle fixe quant à leur marches et à leur durée. Chaque variété de gastrite se présente avec des caractères étiologiques, anatomiques, symptomatique plus ou moins tranchés, mais ont une influence sur la durée, la marche et le pronostic de la maladie.

Les grastrites chroniques primitives, qui se sont produites à la suite de troubles fonctionnels ou par irritation mécanique et chimique des parois de l'estomac, une fois établies, n'ont pas toujours une marche uniforme. Elles présentent dans le cours de leur durée des alternatives d'améliorations et d'exacerbations.

Elles peuvent se prolonger pendant un temps plus ou moins long; tantôt quelques mois, plus souvent encore plusieurs années. Enfin, certains malades ne guérissent jamais et conservent pen-

dant toute leur vie ce que les gens du monde appellent un estomac délicat. D'autres fois, la guérison peut se faire de deux manières différentes. Tantôt elle survient peu à peu, par des gradations insensibles, ou elle peut survenir à la suite d'une exacerbation momentanée de la maladie dans laquelle ont apparu les caractères de la forme aiguë. MM. Béhier et Hardy ont décrit ce mode de guérison d'une maladie chronique guérie par le développement dans le même organe d'une maladie aiguë. Enfin, la maladie peut se terminer d'une manière funeste, soit lentement par les progrès de la maladie chronique ; ou bien les malades peuvent succomber, soit à une complication de la gastrite chronique ou être enlevés par une maladie intercurrente.

La gastrite chronique alcoolique peut se terminer de diverses manières ; M. le professeur Leudet a étudié avec soin les ulcères de l'estomac qui sont fréquents à la suite de l'abus des alcooliques. Enfin l'existence de la gastrite phlegmoneuse à la suite de l'abus des alcooliques a été bien démontrée par le professeur de Rouen et par M. Auvray, dans son excellente étude sur la gastrite phlegmoneuse.

Quant à la marche des gastrites chroniques

secondaires, elle est subordonnée aux maladies générales ou locales qui les ont produites. On ne peut faire aucune règle à leur égard. En général, on peut dire qu'elles jouent un rôle secondaire au milieu des phénomènes plus graves que présentent les malades atteints, soit d'affection du cœur ou du foie ou de ceux qui sont atteints d'affections tuberculeuses ou d'intoxication urémique.

Quant à la terminaison cancéreuse de la gastrite chronique, il est à peu près admis par tout le monde aujourd'hui que le cancer de l'estomac n'est ni une variété ni un effet de la gastrite. On voit cependant quelquefois le cancer succéder à une inflammation chronique de la muqueuse gastrique, comme à la suite d'une inflammation traumatique de la mamelle on voit quelque fois survenir le cancer du sein ; mais dans ce cas il faut admettre que l'inflammation joue le rôle d'une cause déterminante ordinaire, qui n'agit qu'en vertu d'une prédisposition antérieure du sujet.

D'après ce que nous venons de dire, l'on voit que *le pronostic* de la gastrite chronique est assez grave. Cependant elle susceptible, d'une part, de guérison, et d'autre part, son existence n'est pas

incompatible avec la vie et même avec un état de santé relatif. En effet, sa gravité dépend encore de l'étendue et de la profondeur des lésions. Si une partie de la muqueuse de l'estomac est encore en état d'exercer ses fonctions et si les digestions s'opèrent, même partiellement et avec douleur, on peut encore espérer, sinon le retour de la santé, au moins la prolongation indéfinie de la maladie.

CHAPITRE VIII.

TRAITEMENT.

La gastrite chronique est une des maladies chroniques sur laquelle le traitement hygiénique ou thérapeutique a la plus heureuse influence.

Nous avons vu, en étudiant cette maladie, que sa guérison complète était rare, mais que son existence, à un degré plus ou moins avancé, n'était pas incompatible avec un état de santé relatif.

Il y a deux considérations qui doivent nous guider dans le traitement de la maladie.

La première est de combattre, autant que possible, la cause de la maladie et d'écarter tout ce qui pourrait aggraver l'état de l'estomac déjà malade, c'est le *traitement hygiénique*.

L'autre mode de traitement s'attaque à la maladie elle-même, et doit avoir pour but soit de la combattre, soit d'en atténuer la conséquence; c'est le *traitement thérapeutique*.

Nous avons vu que les substances ingérées dans l'estomac jouent un bien grand rôle dans le développement de la gastrite chronique. Nous avons vu que les unes, comme les boissons al-

cooliques, possédaient en elles-mêmes des propriétés qui leur permettaient d'exciter directement la muqueuse gastrique, et que les autres, comme certains aliments solides, subissaient dans l'estomac des transformations qui les rendaient irritantes, et qu'elles agissaient aussi soit chimiquement, soit mécaniquement, sur la muqueuse de l'estomac.

Il suit de là des indications importantes à observer.

Il est nécessaire de faire cesser ces causes d'excitation ou d'irritation qui viennent léser les parois de l'estomac ou aggraver des lésions déjà anciennes.

On devra donc s'abstenir, autant que possible, des liqueurs alcooliques à un degré trop concentré. C'est malheureusement un point difficile à obtenir des malades. Le choix des aliments a aussi une extrême importance. L'état et la forme qu'ils ont en arrivant dans l'estomac est très-important, car nous savons qu'il faut que les aliments soient suffisamment divisés pour bien s'imprégner de suc gastrique. Il faudra donc avoir soin de n'avaler que des aliments suffisamment divisés et mâchés. Les aliments, qui se décomposent facilement dans l'estomac et qui

donnent naissance à des produits qui irritent chimiquement les parois, devront être soigneusement écartés. C'est pourquoi l'on devra éviter, dans une certaine mesure, l'usage des sauces et des viandes trop grasses. Quelques malades se trouvent fort bien de rôti froid, de la viande salée ou fumée.

Il faut se rappeler que ces dernières viandes, quoique plus difficiles à digérer, offrent sur la viande blanche l'avantage de ne pas se décomposer aussi facilement. Enfin il faut se rappeler qu'on ne peut poser de règles fixes, car les aptitudes individuelles devront faire naturellement varier ces prescriptions. Tel estomac supportera et digérera bien les aliments qu'un autre malade ne pourra conserver dans son estomac. Certains malades ne peuvent supporter que l'usage du lait, d'où la cure de lait. D'autres malades ne peuvent pas supporter ce régime.

Une autre considération qui a une grande importance, est la régularité des repas. Il vaut mieux aussi ne pas imposer à l'estomac un trop grand travail à la fois, et pour cela faire, plusieurs fois par jour, des repas où l'on aura soin de manger peu.

Il faudra aussi laisser un certain intervalle

entre chaque repas, pour que les aliments aient eu le temps d'être digérés avant que l'estomac n'en reçoive de nouveaux. Mais c'est surtout au médecin de juger des aptitudes du malade, de reconnaître la cause et le degré de la maladie, d'étudier surtout sa marche, et de régler ensuite la conduite du malade dans son alimentation.

Il faudra aussi avoir soin d'entretenir la liberté du ventre. La constipation devra être combattue soit par des lavements, soit par des laxatifs. Il faudra être sobre de purgations et éviter les substances médicamenteuses qui pourraient irriter la muqueuse gastrique. D'autres considérations générales devront encore régler la conduite du malade. Il devra éviter les fatigues, les variations subites de température; on fera bien de porter de la flanelle sur la peau et des vêtements chauds.

Mais le rôle du médecin ne doit pas se borner à des prescriptions hygiéniques. Il doit intervenir avec les armes que lui fournit la thérapeutique et juger de l'opportunité de ces moyens. Il y a des symptômes qui exigent son intervention immédiate.

Il peut se présenter des exacerbations pendant lesquelles les phénomènes aigus reprennent une

certaine intensité; il y a un peu de fièvre, quelques symptômes généraux. Dans ce cas, une application de sangsues ou de ventouses à l'épigastre, apporte un soulagement à la douleur.

Lorsque l'hyperémie et la gastrite chronique sont dues à une pléthore abdominale excessive, tirant son origine d'une compression de la veine porte ou d'une déplétion incomplète des veines hépatiques, les sangsues à l'anus produisent souvent un grand soulagement. Mais on n'aura presque jamais, dans cette maladie, besoin d'avoir recours à la saignée générale.

La douleur peut encore être combattue par l'usage de l'opium. On l'administre par pilules de 2 à 3 centigrammes, le soir, quatre heures environ après le dernier repas, ou le matin à jeun. Il réussit quelquefois mieux lorsqu'on l'administre, mélangé aux aliments, au milieu du repas.

On emploie encore quelquefois avec succès les révulsifs cutanés à la région épigastrique.

Les vésicatoires, les cautères et même les moxas auraient donné quelques bons résultats. On se trouve bien aussi de frictions irritantes faites avec de la pommade stibiée ou bien avec de l'huile de croton tiglium : on peut, pendant

le cours de la maladie, déterminer plusieurs éruptions successives, et le plus souvent on voit survenir un amendement au moins passager dans les symptômes.

Dans certains cas, il existe un état d'atonie de l'estomac qui indique le besoin d'une légère médication excitante. L'usage des aromatiques et des amers est alors d'un bon effet. On prescrit avec avantage une infusion de tilleul ou de fleur d'oranger, ou bien encore des décoctions peu chargées de quinquina ou de quassia. On donne encore, quelquefois avec succès, la poudre de quinquina, seule ou mélangée avec un peu de rhubarbe. A ce moment, on pourra aussi revenir à l'usage des viandes noires notées dans l'alimentation, et comme boisson de l'eau de Seltz, ou enfin une boisson un peu excitante.

Un grand nombre de médicaments ont encore été préconisés dans le traitement de la gastrite chronique; mais leur grand nombre lui-même prouve leur peu d'action. Ils ont eu tour à tour un moment de vogue et sont bien vite rentrés dans l'oubli. Nous ne citerons que ceux qui ont paru donner quelques résultats sérieux.

Le *bicarbonate de soude,* à petites doses, longtemps continué seul ou uni au *sous-nitrate de bis-*

muth, paraît exercer une certaine action sur la muqueuse gastrique.

Niemeyer recommande également le sous-nitrate de bismuth et le nitrate d'argent. Il pense que ce dernier agit comme un astringent puissant sur la muqueuse hyperémiée et boursouflée de l'estomac. Il l'ordonne à la dose de 5 à 10 centigrammes à la fois le matin à jeun. Il dit que le nitrate d'argent, pris ainsi, est bien supporté par les malades et n'a jamais produit d'accident.

L'usage de la pepsine a produit de bons résultats lorsque les digestions très-longues paraissaient dues à l'insuffisance des sécrétions gastriques.

Enfin les médications qui s'adressent à l'organisme tout entier exercent aussi une heureuse influence sur la guérison de la gastrite chronique. L'hydrothérapie, par son action générale reconstituante, compte un grand nombre de succès dans le traitement de la gastrite chronique. Elle ranime l'activité fonctionnelle de la peau, maintient l'intégrité des fonctions. Combinée avec des soins hygiéniques, une alimentation méthodique, avec un bon régime hydrothérapi-

que, elle constitue un des meilleurs modes de traitement.

Le traitement par les eaux minérales compte aussi un grand nombre de succès. Indépendamment des avantages que les malades retirent des distractions du voyage, du changement dans les habitudes et dans le climat, ils mènent aussi une vie plus régulière, et échappent, jusqu'à un certain point, à la préoccupation des affaires. Ils s'astreignent aussi à un régime meilleur; et, placés sous les yeux du médecin, observent souvent plus exactement ses prescriptions.

Les eaux de Vichy, de Plombières, de Carlsbad, d'Ems, etc., jouissent d'une vogue bien méritée par les succès que l'on y obtient.

Nous n'avons pas à insister ici sur le mode d'action de chacune de ces eaux; nous avons voulu seulement poser les indications que comportent les gastrites chroniques. Les variétés individuelles, les causes diverses de l'affection, le degré plus ou moins avancé de la maladie, doivent nécessiter des médications différentes. Le médecin, après avoir apprécié les différents éléments que lui offre l'examen du malade, agira en conséquence.

Quant aux gastrites secondaires, qui sont liées à des maladies générales, l'on conçoit que le médecin ne pourra agir que contre leur manifestation symptomatique, et que la médication devra s'adresser à la maladie générale ou locale dont la gastrite chronique est ici la conséquence.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Sand, De Varo ventriculi abscessu, 1701.
Haasins, De Tunicæ villosæ renovatione; Altenbourg, 1735.
Haller, Morbi aliqui ventriculi incodat. observat.; Gœtting., 1749.
Kaltschmied; Ien., 1757 : Prog. de ægra inflammatione ventriculi.
Hoffmann (F.), De Inflammatione ventriculi frequentissima; Halle, 1760.
Morgagni, De Sedibus et causis, 1761.
Colin, Dissertatio de Gastrale, 1771.
De Haen, Rat. med., 1775.
Setelling, De Pyloro carcin., 1777.
Haymann, Dissert. de Gast., 1779.
Bode, Dissert. de Gast., 1780.
Krieger, Dissert. de Gast., 1787.
Engelhart, Dissert. de Gast., 1790.
Johston; Edimbourg, 1790.
Hayen; id., 1799.
Tartra, 1804.
Broussais, 1808.
Tauzin, Thèse de Paris, 1809.
Quincieux, Thèse de Paris, 1811.
Franck (J.-P.), Médecine pratique, 1821.
Louis, Mémoire à l'Acad., 1826.
Andral, Clinique médic., 1834.
Andrieu, Académie de méd., 1833.
Cruveilhier, Anatomie pathol.
Rokitansky, 1839.
Lefèvre, Perfor. spontan. de l'est., 1842.
Barras, Diagnoctic des affect. de l'est., 1842.

Bouillaud, Nos. méd., t. III; 1846.
Brand, Dissert.; Erlangen, 1851.
Sclöpfer, Arch. anat., 1854.
Bamberger, Hand. path. et thér., 1855.
Clauss, Maladies de l'est.; Erlangen, 1857.
Wilson Fox, Med.-chir. Trans., t. LXI; 1858.
Fox, Art. Maladie de l'estomac dans le Système de méd. de Reynolds, 1868, vol. II.
Lancereaux, Atlas d'anatomie pathologique; Paris, 1869, et Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. II, p. 625.

Ajoutons à cette liste les traités de pathologie de MM. Roche et Sanson, Valleix, Grisolle, Hardy et Béhier, Monneret, Niemeyer, et, en Angleterre, les traités sur les maladies de l'estomac de Habershon, Budd, Fenwick, Brinton , Handfield Jones.

TABLE DES MATIÈRES

